

**SAVONIA****AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO****SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA**

ASIAKASLÄHTÖINEN TIEDONKULKU AKUUTTIHOITOTYÖN PROSESSISSA

TEKIJÄT: Jonna Maapuro, Sami Vitri

| | |
|--|----------------------------|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma | |
| Työn tekijä(t) Jonna Maapuro ja Sami Vitri | |
| Työn nimi Asiakaslähtöinen tiedonkulku akuuttihoitotyön prosessissa | |
| Päiväys 31.05.2017 | Sivumäärä/Liitteet 39/4 |
| Ohjaaja(t) Heli Jyrkinen ja Annikki Jauhiainen | |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Peruspalvelukuntayhtymä Selänne, Jokilaaksojen Pelastuslaitos | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Terveydenhuollossa perustana ovat asiakaslähtöisyys sekä potilasturvallisuus. Asiakaslähtöisellä tiedonkululla tarkoitetaan asiakkaan tarpeisiin ja taustoihin perustuvaa informaatiota, joka muuttuu tarvittaessa läpi koko potilaan hoitoprosessin ajan. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa, että potilas itse otetaan mukaan mahdolliseen päätöksentekoon sekä raportointiin. Tavoitteena on asiakaslähtöinen hoitoketju, jossa potilas on itse mukana päätöksenteossa osana moniammatillista työyhteisöä.</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin työntekijälähtöisesti ensihoidon, vuodeosastojen sekä päivystyspoliklinikoiden välistä tiedonkulkua potilasturvallisuuden näkökulmasta. Työssä etsittiin ratkaisuja kyselyssä ilmenneisiin ongelmakohtiin. Saatujen vastausten perusteella tilaajaorganisaatiolla sekä yhteistyökumppanilla on mahdollisuus kehittää asiakaslähtöisen tiedonkulun ongelmakohtia työntekijälähtöisesti. Tutkimusongelmana oli asiakaslähtöinen tiedonkulku, työyksiköiden välinen tiedonkulku sekä potilasturvallinen raportointi.</p> <p>Opinnäytetyössä tehtiin kvantitatiivinen tutkimus sähköisenä Webropol-kyselynä. Toimeksiantajana toimivat Peruspalvelukuntayhtymä Selänne sekä Jokilaaksojen pelastuslaitos. N=25, joka koostui lähihoitajista, ensihoitajista, sairaanhoitajista ja erikoissairanhoitajista. Selvitimme opinnäytetyössä asiakaslähtöistä tiedonkulkua työyksiköiden, yhteistyöorganisaatioiden sekä eri ammattiryhmien välillä. Kyselyyn vastaajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä potilaan mukana kulkeviin tietoihin. Ongelmakohtia olivat kyselyn perusteella tiedonkulku eri yksiköiden ja organisaatioiden välillä sekä potilasturvallinen raportointi. Lähes kaikkien vastanneiden mielestä raportoinnissa olisi kehitettävää sekä raportointitilannetta kuvattiin rauhattomaksi. Lisäksi kyselyyn vastanneet saivat kertoa omin sanoin raportointiin liittyvistä kehittämiskohteista.</p> <p>Tutkimustuloksia voi hyödyntää henkilöstön koulutustarpeen määrittämisessä sekä työntekijälähtöisen koulutuksen suunnittelussa. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, onko tutkimuksesta saatu aineisto edistänyt potilasturvallista raportointia sekä tarkastella työyksikkökohtaisesti kehitys- ja koulutustarpeita. Lisäksi jatkotutkimuksena voisi laatia tilaajaorganisaation käyttöön tarkastuslistan tai oman raportointimenetelmän.</p> | |
| <p>Avainsanat</p> <p>tiedonkulku, asiakaslähtöisyys, potilasturvallisuus, akuuttihoitotyö, päivystyspoliklinikka, ensihoitopalvelu</p> | |

| | | | |
|--|------------|------------------|------|
| Field of Study Social Services, Health and Sports | | | |
| Degree Programme Degree Programme in Nursing | | | |
| Author(s) Jonna Maapuro and Sami Vitri | | | |
| Title of Thesis Customer-oriented information flow in the acute care process | | | |
| Date | 31.05.2017 | Pages/Appendices | 39/4 |
| Supervisor(s) Heli Jyrkinen, Annikki Jauhiainen | | | |
| Client Organisation /Partners Peruspalvelukuntayhtymä Selänne, Jokilaaksojen Pelastuslaitos | | | |
| <p>Abstract</p> <p>Healthcare is based on customer orientation and patient safety. Customer-oriented information flow means information based on customer needs and backgrounds, which changes as needed throughout the patient's treatment process. Customer orientation means that the patient itself is involved in possible decision-making and reporting. The goal is to provide a customer-oriented care chain where the patient is involved in decision-making as part of a multi-professional work community.</p> <p>In the thesis, a road-donor between emergency care, wards and emergency clinics was studied from a patient-safety point of view. The work sought solutions to the problem areas in the survey. Based on the answers received, the subscriber organization and the partner have the opportunity to develop customer-oriented information flow issues in the workforce. The research problem was customer-oriented information flow, information flow between work units and patient-safe reporting.</p> <p>In the thesis a quantitative study was conducted as an electronic Webropol query. The commissioner is Selänne, the Basic Service Consortium, and the Rescue Department of Jokilaakso. N = 25, consisting of practical nurses, emergency nurses, nurses and special nurses. We studied customer-oriented information flow between work units, co-operative organizations and various professional groups. The survey respondents were generally satisfied with the patient's information. The problem areas were information flow between different units and organizations, as well as patient-safe reporting. Nearly all respondents thought that reporting should be developed and the reporting situation was described as unrestricted. In addition, the respondents were able to report on the development targets related to the reporting.</p> <p>The results can be utilized to determine the training needs of the staff and to plan employee-oriented training. A further study could be to find out if the material from the study contributed to patient-safe reporting and to look at development and training needs per work unit. In addition, a further study could establish a checklist or a reporting method for the subscriber organization.</p> | | | |
| <p>Keywords</p> <p>information flow, customer orientation, patient safety, emergency clinic</p> | | | |

SISÄLTÖ

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | TEOREETTISET KÄSITTEET | 7 |
| 2.1 | Akuuttihoitotyö | 7 |
| 2.2 | Päivystyspoliklinikka | 7 |
| 2.3 | Ensihoitojärjestelmä | 7 |
| 2.4 | Tilaaja | 9 |
| 3 | ASIAKASLÄHTÖISYYS HOITOTYÖSSÄ | 10 |
| 3.1 | Asiakaslähtöinen hoitotyö | 10 |
| 3.2 | Hoitoprosessi | 10 |
| 3.3 | Asiakaslähtöinen tiedonkulku | 11 |
| 4 | TERVEYDENHUOLLON LAATU | 12 |
| 4.1 | Terveydenhuollon laatu | 12 |
| 4.2 | Ensihoidon ja päivystyksen laatu- ja potilasturvallisuussuositukset | 12 |
| 4.3 | Viisiportainen kiireellisyysluokitus Triage | 13 |
| 4.4 | Suullisen tiedonkulun yhdenmukainen raportointimenetelmä ISBAR | 14 |
| 4.5 | Kriittisten häiriöiden tunnistaminen peruselintoiminnoissa: MET-järjestelmä | 15 |
| 4.6 | Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro | 16 |
| 5 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE | 17 |
| 6 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 18 |
| 6.1 | Aineiston keruumenetelmä | 18 |
| 6.2 | Aineiston analysointi | 19 |
| 7 | TULOKSET | 20 |
| 7.1 | Taustatiedot | 20 |
| 7.2 | Asiakaslähtöinen tiedonkulku | 20 |
| 7.3 | Tiedonkulku työyksiköiden välillä | 21 |
| 7.4 | Potilasturvallinen raportointi | 21 |
| 8 | POHDINTA | 25 |
| 8.1 | Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus | 25 |
| 8.2 | Tutkimustulosten tarkastelua | 26 |
| 8.3 | Ammatillinen kasvu ja jatkotutkimusaiheet | 28 |

| | |
|--|----|
| LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT | 30 |
| LIITTEET | 34 |
| LIITE 1 Tutkimuslupa Peruspalvelukuntayhtymä Selänne | 34 |
| LIITE 2 Tutkimuslupa Jokilaaksojen pelastuslaitos | 35 |
| LIITE 3 Wepropol-kysymykset | 36 |
| LIITE 4 Saatekirje vastaajille | 39 |

1 JOHDANTO

Päivystyspoliklinikka ja ensihoito toimivat saumattomassa yhteistyössä keskenään. Yhteistyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedonkulku, raportointi sekä potilasturvallisuus koko potilaan hoitoprosessin ajan. Akuuttihoitotyössä korostuu moniammatillisen yhteistyön merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. (Nikander 2003, 279–281.) Potilaan hoitoprosessiksi kutsutaan potilaan hoidettavaan ongelmaan keskittyvää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaisuutta, joka perustuu suunnitelmalliseen ja hyvin organisoituun yhteistyöhön. Hoitopolku koostuu useista terveydenhuollon toimijoista, joiden tavoitteena on potilaan nopea ja oikeanlainen hoito (Iivari, Ruotsalainen & Hämäläinen 2002, 163.) Asiakaslähtöisyys hoitotyössä tarkoittaa sitä, että potilaan toiveet ja taustat sekä palvelun tarve ovat lähtökohtana hoidolle. Arvoperustana hoitotyölle toimii asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöinen toiminta alkaa aina potilaan esittämistä asioista, kysymyksistä sekä hoidontarpeesta. Olennainen osa asiakaslähtöisyyttä ovat erilaisuuden hyväksyminen ja oivaltaminen. (Kiikkala 2000, 113–116.)

Asiakaslähtöisellä tiedonkululla tarkoitetaan asiakkaan tarpeisiin ja taustoihin perustuvaa ajantasaista informaatiota koko potilaan hoitoprosessin ajan. Asiakaslähtöisestä näkökulmasta potilas itse otetaan mukaan mahdolliseen päätöksentekoon sekä raportointiin. Tavoitteena on asiakaslähtöinen hoitoketju, jossa potilas on itse mukana päätöksenteossa osana moniammatillista työyhteisöä. (Kujala 2003.)

Toimeksiantajana työssä on peruspalvelukuntayhtymä Selänne sekä Jokilaaksojen pelastuslaitos. Aihe valikoitui avainsanoista asiakaslähtöisyys, tiedonkulku ja akuuttihoitotyö yhdessä toimeksiantajien kanssa. Päädyimme tuottamaan Webropol-kyselyn peruspalvelukuntayhtymä Selänteen erikseen määrittelemille vuodeosastoille, päivystyspoliklinikoille ja sekä Jokilaaksojen pelastuslaitoksen Pyhäjärven yksikölle.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää työntekijälähtöisesti ensihoidon, vuodeosastojen sekä päivystyspoliklinikoiden välistä asiakaslähtöistä tiedonkulkua potilasturvallisesta näkökulmasta. Työn tavoitteena oli tutkia mahdollisia ratkaisuja kyselyssä ilmenneisiin ongelmakohtiin. Opinnäytetyön ongelmakohtien perusteella tilaajaorganisaatiolla sekä yhteistyökumppanilla on mahdollisuus lähteä kehittämään asiakaslähtöisen tiedonkulun ongelmakohtia työntekijälähtöisesti. Tutkimusongelmina olivat miten työyksiköiden ja yhteistyöorganisaatioiden välinen asiakaslähtöinen tiedonkulku toteutuu sekä toteutuuko tiedonkulku asiakaslähtöisesti ja potilasturvallisesti?

2 TEOREETTISET KÄSITTEET

2.1 Akuuttihoitotyö

Akuuttihoitotyö tarkoittaa akuutisti sairastuneen ja tehostettua hoitoa vaativan potilaan hoitotyötä, joka aloitetaan 3–5 vuorokauden kuluessa potilaan sairastumisesta. Akuuttihoitotyössä keskitytään potilaan oireiden hoitoon ja vitaalielintoimintojen turvaamiseen. Hoidon tavoitteena on saada potilaalle diagnoosi sekä ehkäistä mahdolliset tulevat komplikaatiot. Akuuttihoitotyöhön liittyviä osa-alueita ovat esimerkiksi turvallisuus ja tehoelvytys sekä ravitsemus-, neste-, lääke- ja kivunhoito. Akuuttihoitotyössä tärkeässä roolissa ovat myös potilaan ja hänen omaisten kohtaaminen ja tukeminen. Akuuttihoitotyötä voidaan tehdä erilaisissa työympäristöissä, kuten päivystyspoliklinikalla ja ensihoitopalvelussa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009, 299.) Akuuttihoitotyöstä on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Ensihoidossa ja akuuttihoitotyössä hoidon luonne poikkeaa joiltakin osin muusta terveydenhuollon toiminnasta. Hoitotoimenpiteiden toimintaympäristö ja sen rajapinnat, hoitajien valmius ja tulevan ennalta-arvaamattomuus luovat toimintaan erityisvaateita. Moniviranomaistyö kuuluu kiinteästi hoitotyöhön. Yhteistyökumppaneita on monia, muun muassa poliisi, hätäkeskuslaitos, sosiaaliviranomaiset, puolustusvoimat sekä rajavartiolaitos. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

2.2 Päivystyspoliklinikka

Päivystyspoliklinikan perustehtäviin kuuluvat äkillisesti sairastuneiden tai loukkaantuneiden potilaiden kiireellinen hoito, hoidon tarpeen arviointi sekä jatkohoidosta päättäminen ja ohjaaminen. Päivystyspolikliniikasta toimintaa tuottavat perusterveydenhuollon terveysasemat ja terveyskeskukset. Niissä tapahtuva päivystyshoito on yleislääketieteellinen ala, joissa hoidetaan yleisimpiä sekä tavallisia päivystyksellisiä sairauksia ja traumoja. (Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 60–61.)

Castrénin ym. (2009, 61) mukaan yhteispäivystys on päivystyspiste, jolla perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoidon hoito on sijoitettu samaan yksikköön sekä toimimaan samoilla resursseilla. Suomessa päivystystoiminta on jaettu kahteen eri osa-alueeseen: perusterveydenhuollon- sekä erikoissairaanhoidon päivystykseen. Perusterveydenhuollon päivystyksen järjestämisvastuu on yksittäisillä kunnilla yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Erikoissairaanhoidon päivystyksen järjestämisestä vastaa yleensä sairaanhoitopiiri. (Reissell ym. 2011; Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 60–61.)

2.3 Ensihoitojärjestelmä

Lainsäädännön mukaan terveydenhuollonpalveluiden toimijoita, jotka huolehtivat äkillisten tilanteiden ja potilaiden hoidosta kutsutaan lääkinnälliseksi pelastustoimeksi. Pelastustoimeen kuuluvat sairaaloiden ulkopuolinen toiminta sekä sairaaloiden päivystystoiminta. Lääkinnällisen pelastustoiminnan järjestäminen on sairaanhoitopiirien tehtävänä hätäpuhelin vastanottamisesta päivystyspoliklinikalle annettavaan hoitoon saakka. Lääkinnällisen pelastustoimen ensihoitojärjestelmään kuuluu

joukko ensihoitopalvelua tuottavia toimijoita. Lääkinnällinen pelastustoimi sisältää hätäkeskuksen, eri palvelutuottajien ensivastetoiminnan, vapaaehtoisjärjestöjen viranomaisyhteistyössä harjoittaman ensiaputoiminnan sekä ensihoitopalvelun. Ensihoitopalvelu pitää sisällään perustason ja hoitotason ensihoidon sekä lääkäriyksikön, kuten esimerkiksi pelastushelikopterin. Lisäksi lääkinnällinen pelastustoimi käsittää myös terveyskeskusten ja sairaaloiden päivystyspoliklinikat ja niissä annettavan ensihoidon. (Aalto 2009, 79.)

Ensihoitopalvelun toimintaa ohjaa ja valvoo yleisellä tasolla sosiaali- ja terveysministeriö.

Vuonna 2011 säädetyssä sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalveluasetuksessa ensihoitopalvelun järjestämisen vastuu siirtyi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymille. Sairaanhoitopiirit voivat järjestää palvelun itse yhteistyössä pelastustoimen kanssa tai ostaa palvelun muulta palveluntuottajalta. Sairaanhoitopiirit tekevät palvelutasopäätöksen alueidensa mitoituksien mukaan. Palvelutasopäätöksen tulee olla tarkoituksenmukainen ja tehokkaasti suunniteltu. Ensihoitopalvelun suunnittelussa ja toteutuksessa tulee ottaa huomioon terveydenhuollon päivystävät toimipisteet, jotta ne muodostavat alueellisesti toimivan kokonaisuuden. (Ensihoitoasetus 2011.)

Ensihoitopalvelun tehtävänä on ensihoitovalmiuden ylläpitämisen lisäksi äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon aloitus sekä tarvittaessa potilaan kuljetus lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön. Ensihoitopalvelun tehtäviin kuuluu myös yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa osallistua alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen sekä suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle. Ensihoitopalvelun tehtäviin kuuluu tarvittaessa tukea sekä ohjata potilaan läheiset sekä muut tapahtumaan osalliset psykososiaalisen tuen piiriin. Lisäksi ensihoitopalvelu antaa tarvittaessa virka-apua poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille sekä meripelastusviranomaisille. Palvelutasopäätöksen mukaisesti ensivaste toiminnan järjestämisvastuu on sisällytetty osaksi ensihoitopalvelua. Lisäksi ensihoitopalvelun tehtävänä on tuottaa ja seurata ensihoitokeskuksen, aluehallintoviraston ja terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön ensihoitopalvelun toiminnasta tunnuslukuja palvelutasopäätöksen toteuttamisen ja toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi. (Terveydenhuoltolaki 2010, § 40.)

Ensihoitopalvelun yksiköllä tarkoitetaan ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Ensihoitopalvelun yksiköitä voivat olla ambulanssien lisäksi esimerkiksi lääkintäesimies- ja lääkäriyksiköt. Ambulanssit on jaettu perustason ensihoidon sekä hoitotason ensihoidon yksiköihin. Ensihoitopalvelun työntekijät työskentelevät operatiivisen toiminnan yksiköissä, kuten ambulansseissa, johto- ja lääkäriautoissa. Ero yksiköiden välillä on henkilöstön koulutustasossa ja hoitovelvoitteissa. Lisäksi yksiköissä voi vaativuuden mukaan olla laajempi tutkimus- ja hoitovälinevalikoima sekä lääkevalikoima. (Aalto 2009, 86.)

2.4 Tilaaja

Opinnäytetyön tilaajaorganisaationa oli peruspalvelukuntayhtymä Selänne ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen Pyhäjärven ensihoitoyksikkö. Peruspalvelukuntayhtymä Selänne on vuonna 2010 Haapajärven ja Pyhäjärven kaupunkien sekä Kärsämäen ja Reisjärven kuntien perustama kuntayhtymä. Peruspalvelukuntayhtymä Selänne tuottaa terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä ratkaisuja alueensa asukkaiden hyvinvoinnin ja elinympäristön turvallisuuden tukemiseksi. Tavoitteena on kaikessa toiminnassa päätöksenteosta palveluihin edistää kuntalaisten hyvinvointia, terveyttä ja omatoimisuutta. (Peruspalvelukuntayhtymä Selänne 2016.)

Jokilaaksojen pelastuslaitos toimii osana Ylivieskan kaupungin organisaatiota. Jokilaaksojen pelastuslaitos tuottaa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eteläisen alueen ensihoitopalvelun yhteensä 17 kunnan alueella. Lisäksi Jokilaaksojen pelastuslaitos tuottaa pelastustoimen ja riskienhallinnan palveluita Pohjois-Pohjanmaan eteläosassa yhteensä 25 paloasemalla. (Jokilaaksojen pelastuslaitos 2016.)

Opinnäytetyö on rajattu yhdessä tilaajaorganisaatioiden edustajien kanssa Haapajärven ja Pyhäjärven päivystyspoliklinikan ja vuodeosaston sekä Pyhäjärven ensihoitopalvelun henkilöstölle. Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen edustajana opinnäytetyössä toimi hoitotyönjohtaja Tarja Vaitiniemi. Jokilaaksojen pelastuslaitoksen Pyhäjärven ensihoitoyksikön edustajana toimi ensihoitomestari Marko Jämsen.

Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueen terveyskeskukset tuottavat poliklinista hoitoa arkisin kello 8–16. Hoidon tarpeen arvioinnissa poliklinikalla käytetään viisiportaista ABCDE-luokittelua. Selänteen alueella virka-ajan ulkopuolella päivystysvastaanotto on Oulaskankaan sairaalassa, Iisalmen sairaalassa tai Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa. (Selänne 2013.) Selänteen alueella erikoissairaanhoidon päivystyksestä vastaa Oulun yliopistollinen sairaala. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

3 ASIAKASLÄHTÖISYYS HOITOTYÖSSÄ

3.1 Asiakslähtöinen hoitotyö

Suomessa 1980-luvulla havahduttiin asiakkaan oikeuksiin hoitotyössä. Tällöin alettiin kiinnittämään huomiota asiakkaan kuulemiseen päätöksenteossa sekä asiakkaan oikeuteen tietää omasta hoidostaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Kiikkala 2000, 112–113.) Asiakslähtöinen hoitotyö rakentuu American Institute of Medicineen mukaan viidestä eri osa-alueesta. Osa-alueita ovat:

- asiakkaan ja hänen omaistensa asema päätöksenteossa
- hoitotiimin moniammatillisuus
- asiakkaan sekä hänen omaisten riittävä henkinen ja fyysinen tuki
- hoitotiimin ymmärrys kokonaisvaltaisesta tilanteesta
- hoitavan tahon yhteinen päämäärä asiakkaan parhaaksi

Tämän pohjalta asiakslähtöinen hoitotyö koostuu hyvistä kommunikaatiotaidoista ja ristiriitatilanteiden hyvästä hallinnasta. Lisäksi päätöksenteko on yksi tärkeimmistä asiakslähtöisyyden elementeistä. (Davidson ym. 2007.)

3.2 Hoitoprosessi

Hoitoprosessi etenee yksilöllisesti asiakkaan hoidon tarpeesta ja kiireellisyyden mukaan.

Hoitoprosessissa keskitytään asiakkaan ongelmaan, jota lähdetään hoitamaan yhteistyössä asiakkaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden kanssa. Päivystyspotilaan hoitoprosessin toimivuuden tavoitteena on saumaton yhteistyö eri organisaatioiden välillä. Moniammatillinen yhteistyö on keskeinen väline hoitotyön onnistumiselle. (Nikander 2003.) Akuuttihoitotyön prosessi käynnistyy usein asiakkaan kotona äkillisen sairastumisen tai loukkaantumisen vuoksi. Asiakas soittaa hälytyskeskukseen ensihoitopalvelun tarpeesta tai soittaa päivystyspoliklinikalle, josta ohjataan soittamaan hätäkeskukseen tai hakeutumaan päivystykseen esimerkiksi omalla autolla tai taksilla. (Jämsen 2016.)

Päivystyspoliklinikalla hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioimisen jälkeen asiakas ohjautuu sairaanhoidajan tai lääkärin vastaanotolle. Tarvittaessa asiakas voidaan ohjata esimerkiksi jatkotutkimuksiin tai jatkohoitoon erikoissairaanhoidon piiriin. Hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä riippuen asiakas voi siirtyä erikoissairaanhoitoon ensihoitopalvelun kyydillä, taksilla tai omalla autolla. Tarvittaessa asiakas voi myös siirtyä jatkohoitoon perusterveydenhuollon vuodeosastolle tai kotiutua. Akuuttihoitotyön palveluketjuun kuuluu myös asiakkaan kotiutuminen erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon perusterveydenhuollon vuodeosastolle, tilanteissa jolloin asiakas on käynyt perusterveydenhuollon päivystyksessä tai ensihoitopalvelu on hoitanut häntä. (Jämsen 2016.)

3.3 Asiakslähtöinen tiedonkulku

Lähtötilanteessa asiakkaan kotona tiedonkeruu ja saanti perustuvat täysin siihen, mitä asiakas tai omaiset kertovat ensihoitopalvelulle. Hoitopäätösten tekemistä voi vaikeuttaa se, että tiedot asiakkaan sairauksista, allergioista ja lääkähoidosta ovat puutteelliset tai niitä ei ole saatavissa. Asiakkaan kuullessa tehostetun palveluasumisen tai kotihoidon piiriin voi kotona olla asiakkaan hoidosta, perussairauksista ja lääkityksistä koostuva potilastietokansio. (Aalto 2009.) Pyhäjärven ja Haapajärven kuntien alueella tämä ei kuitenkaan ole käytössä potilasturvallisuus ja salassapito syistä. Tämän vuoksi ensihoitohenkilöstön on erittäin haasteellista saada tarvittaessa tietoa esimerkiksi kotihoidon piiriin kuuluvan muistisairaalan asiakkaan perustiedoista tilanteesta, jossa kotihoito ei ole paikalla. Asiakkaan ikä, sukupuoli, kulttuuritausta, yhteiskuntaluokka, toimintakyky ja rajoitteet pitää pystyä ottamaan huomioon hoitopäätöksiä tehdessä. (Jämsen 2016.)

Ensihoitohenkilöstö kirjaa keräämänsä tiedon ja havainnot asiakkaasta lähtötilanteesta sekä hoidon ja kuljetuksen aikana ja luovuttaessa jatkopaikkaan. Tiedot ja havainnot kerätään Kansaneläkelaitoksen Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta lomakkeelle (SV210). Se on virallinen potilasasiakirja. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 36.) Terveystieteiden laissa (§ 9), laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (2009) velvoittavat ja ohjaavat terveydenhuollon ammattihenkilöitä kirjaamaan ja säilyttämään potilastietoja ja -asiakirjoja oikealla tavalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Terveystieteiden laaki 2010; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009.)

Ensihoitomestari Marko Jämsenin haastattelun mukaan (2016-02-15) Jokilaaksojen pelastuslaitoksella ei ole käytössä sähköistä potilastietojärjestelmää ensihoitotehtävien kirjaamiseen tai potilastietojen tarkasteluun ensihoitotehtävillä. Luovutettaessa asiakas päivystyspoliklinikalle ensihoitohenkilöstö antaa suullisen raportin Kansaneläkelaitoksen SV210-lomakkeen lisäksi. Päivystyspoliklinikalla hoitajat ja lääkärit kirjaavat sähköiseen potilastietojärjestelmään asiakkaan hoidon tarpeen ja hoitoon liittyvät asiat. Myös lääkemääräykset ja lähetteet ovat sähköisiä. Tämä voi aiheuttaa asiakkaan näkökulmasta tiedonkulkuun liittyviä ongelmia sekä vaarantaa potilasturvallisuutta.

Jatkohoitoon siirryttäessä vuodeosastolle tai erikoissairaanhoitoon tulisi informoida asiakasta sekä vastaanottavaa yksikköä, kuten vuodeosastoa tai ensihoitopalvelua. Erikoissairaanhoidosta kotiutuksessa asiakkaalla tulisi olla tieto annetusta hoidosta, jatkotoimenpiteistä ja esimerkiksi lääkemuutoksista. Tiedonkulun kannalta tärkeää olisi, että erikoissairaanhoidon palaute siirtyisi jatkohoitopaikan lisäksi myös asiakkaalle ja lähettävälle lääkärille. Eri organisaatioissa voi olla käytössä eri potilastietojärjestelmät, joka hankaloittaa olennaisesti tiedonkulkua, lisäksi hoitohenkilökunnan kiire voi heikentää potilasturvallista tiedonkulkua. (Kuisma ym. 2013, 92–93.)

4 TERVEYDENHUOLLON LAATU

4.1 Terveydenhuollon laatu

Terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista sekä asianmukaisesti toteutettua. Hoidonlaatua pyritään ylläpitämään terveydenhuoltolaille, jonka tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä kaventaa terveyseroja ja vahvistaa hoidon asiakaskeskeisyyttä. Terveydenhuoltolaki myös edellyttää, että terveydenhuoltotoiminta perustuu näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. (Terveydenhuoltolaki 2010, §2.)

Terveydenhuoltolain lisäksi terveydenhuollon laatua on säädelty myös muussa lainsäädännössä. Esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista kertoo, että potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, §3.) Ammattihenkilöistä säädettyssä laissa sekä potilasvahinkolaissa on säännöksiä, jotka ohjaavat laadukasta hoitotoimintaa. Terveydenhuollon ammattihenkilölaissa ohjataan ammattihenkilöä soveltamaan toiminnassa yleisesti koulutuksensa mukaisesti hyväksytyjä ja perusteltuja toiminta- ja menettelytapoja. Näitä hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään ja kehittämään. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 1999 valtakunnalliset laatusuositukset. Laatusuositusten tavoitteena on ollut edistää asiakaslähtöistä toimintaa sekä tukea hyvää palvelutuotantoa, kannustamaan ja toimimaan hyväksytyjen päämäärien sekä periaatteiden mukaisesti ja ehkäisemään potilasvahinkoja. Palvelukohtaisia laatusuosituksia on sosiaali- ja terveysministeriö päivittänyt aina tarpeen mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Potilasvahingot ovat yleensä hoitovirheitä, jotka ovat syntyneet potilaan tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta potilaskäsittelystä. Potilasvahinko voi olla esimerkiksi toimenpiteessä syntynyt komplikaatio tai viive sairauden määrittelyssä. Yleisimpiä potilasvahinkoja ovat hoidon yhteydessä tapahtunut hoitovirhe, hoitoon kohdistunut laiminlyönti tai puutteellinen potilaan informointi. Pahimassa tapauksessa hoitovirhe voi aiheuttaa kohtuuttomia seurauksia, kuten työkyvyttömyyttä tai johtaa kuolemaan. (Suomen potilaslakimiehet 2016.)

4.2 Ensihoidon ja päivystyksen laatu- ja potilasturvallisuussuositukset

Ensihoidossa ja päivystyspoliklinikalla työskennellään jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Työ on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta ja edellyttää nopeaa päätöksentekokykyä. Vaativia päätöksiä tehdään tiiviisti osana moniammatillista työryhmää. Päivystystyölle on ominaista yllätyksellisyys monissa eri tilanteissa aina potilasmääristä potilastapauksiin. Näihin olosuhteisiin on kehitetty Sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymät ensihoidon ja päivystyksen laatu- ja potilassuositukset, joiden avulla työyksiköt saavat yhtenäiset tavat toimia. Suositukset tulee integroida osaksi päivittäistä toimintaa ja ottaa käyttöön johtajälähtöisesti, jolloin ne muodostuvat systemaattisesti yleiseksi käytännöksi. Laadukkaan työskentelyn vastuu on koko organisaatiolla henkilöstöstä esimiestasolle.

Laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden suunnittelusta vastaa päivystyksen ja ensihoidon järjestävä organisaatio ja sen johto. Johto määrittää laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden linjaukset, suunnitelman, toteuttamisen, seurannan, vastuuhenkilöt sekä raportoinnin. Johdon vastuulla on varmistaa ydintoiminta sekä laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta varten olevat optimaaliset voimavarat ja edellytykset. Laadunhallinta ja potilasturvallisuus koskevat organisaation oman toiminnan lisäksi ostopalveluina hankittua toimintaa. Ensihoidon ja päivystyksen laatu- ja potilassuosituksissa painotetaan pitkäjänteisyyteen systemaattisella jatkuvan toiminnan kehittämisen ja parantamisen logiikalla. Tässä käytetään apuna PDCA-logiikkaa (*Plan, Do, Check, Act*). PDCA-logiikka perustuu tilanteen kartoittamiseen, suunnitelman laatimiseen, suunnitelman toteuttamiseen olemassa olevilla resursseilla, toteutuksen vaikutusten arviointiin, virheiden analysointiin sekä tarvittaviin korjauksiin ja suunnitelman laajempaan toteuttamiseen akuuttihoitotyössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Akuuttihoitotyön eri organisaatioissa voidaan mitata laatua ja potilasturvallisuutta vuosittain itsearviointimenetelmien avulla. Henkilöstö ja esimiehet voivat arvioida toimintaa esimerkiksi arviointilomakkeilla, jossa on esitetty laadun ja turvallisuuden kriteerejä. Mikäli toiminta ei vastaa kriteerien vaatimustasoa, kirjataan poikkeamat kehittämissuosituksiksi. Näistä suosituksista kootaan lista, jossa priorisoidaan korjaavat tarpeet ja laaditaan aikataulu korjaamisen toteuttamiselle. Potilaaseen ja henkilöstöön kohdistuvat puutteet korjataan välittömästi. Organisaation laatua voidaan arvioida myös ulkoisella auditoinnilla. Ulkoisen auditoinnin suorittaa organisaation ulkopuolinen pätevä terveydenhuollon ammattilainen, joka on saanut koulutuksen laatu järjestelmän audittoijaksi. Ulkoisessa auditoinnissa käytetään laadun ja potilasturvallisuuden arvioinnin apuna sertifioitua laadunhallintakriteeristöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

4.3 Viisiportainen kiireellisyysluokitus Triage

Triagella tarkoitetaan hoidon tarpeen arviointia. Päivystyspoliklinikan ydintehtäviin kuuluu kiireellisyysluokitukset ja niiden tekeminen. Triagen tavoitteena on tunnistaa ja aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa niiden potilaiden hoito, jotka hyötyvät hoidosta eniten. Organisaation näkökulmasta hyvin organisoitu päivystystoiminta on välttämätöntä. Hoidon tarpeen arviointi on vain yksi osa-alue potilaan hoitoprosessia. Tärkeää olisi organisoida uudelleen myös päivystyspoliklinikalle ohjautuvaa potilasryhmää, jotta päivystyksellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon saanti ei vaarantuisi. Puutteet päivystyksen organisoinnissa vaarantaa sekä potilasturvallisuutta että työturvallisuutta. Triage toiminta on maailmanlaajuisesti käytetty arviointimenetelmä. Yleisesti hoidontarpeen arvioinnissa potilaat on jaoteltu viisiportaisen kiireellisyysluokituksen mukaan. (Asplund ym. 2010, 39.) Viisiportainen kiireellisyysluokitus voidaan ilmaista väreillä, jotka ovat kiireellisemmästä kiireetömämpään punainen, keltainen, vihreä, violetti ja musta. Suuronnettomuus- ja monipotilastilanteissa yleisimmin käytetään värijaottelua. (Castrén ym. 2006.) Hoidon tarpeen kiireellisyyttä voi myös kuvata Suomessa yleisimmin käytetyllä ABCDE- triagella tai maailmalla enemmän käytetyllä ESI-luokituksella (Lauharanta, Heinänen, Malmström & Valli 2010).

Keski-Suomen keskussairaalassa vuosina 2006 ja 2007 toteutetussa NOVA -hankkeessa on työstetty yhdenmukainen viisiportainen Triage -ohje ABCDE -mallia hyödyntäen (taulukko 1). Mallin mukaan

A-potilaan hoito on aloitettava välittömästi ja hänellä on vitaalielintoimintojen häiriö. Lisäksi potilas kuuluu erikoissairaanhoidon piiriin. B-potilaalla on akuutti yleistila tai vitaalielintoimintoja uhkaava vaara. Hoidon aloituksen tavoiteviive on 10 minuuttia. C-potilaalla on oire tai vamma, joka tarvitsee päivystyksellistä hoitoa päivystysaikana. Hoidon aloittamisen tavoiteviive on tunti. D-potilaalla on oire tai vamma, jonka tila ei pahene potilaan odottaessa. Tavoiteviive hoitoon on kaksi tuntia. E-potilas ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa. Potilaalle tehdään hoitoonohjaus sairaanhoitajan tai oma-lääkärin vastaanotolle. (Miettola ym. 2003, 305–308.)

TAULUKKO 1. Keski-Suomen keskussairaalan Triage-ohje (Miettola ym. 2003, 305-308.)

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| A | Yksi tai useampi vitaalielintoimintojen häiriö. Erikoissairaanhoidon potilas! | Välitön Hoidontarve |
| B | Akuutti yleistilan/vitaalielintoimintojen uhka. | Tavoiteviive <10 minuuttia |
| C | Päivystyksellistä hoitoa vaativa oire tai vamma. | <1h |
| D | Oire/vamma, tila ei pahene potilaan odottaessa. | Tavoiteviive <2h |
| E | Ei päivystyksellisen hoidontarvetta. | Hoitoonohjaus virka-aikana |

4.4 Suullisen tiedonkulun yhdenmukainen raportointimenetelmä ISBAR

ISBAR (*Identity, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) on Yhdysvaltojen puolustusvoimien kehittämä yhdenmukainen raportointimenetelmä suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi (Kupari ym. 2012). ISBAR-muistisäännön tarkoituksena on selkeyttää viestintää ylläpitämällä vakioitua mallia erilaisissa potilasraportointitilanteissa (Boutilier 2007, 137–142). Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan 70 prosenttia terveydenhuollon haattatapahtumista liittyi viestinnän ongelmiin, kuten raportointiin (Leonard, Graham & Bonacum 2004). Maailman terveysjärjestö (WHO) suosittelee käyttämään ISBAR-menetelmää laadukkaana raportoinnin tukena (WHO 2016).

Sairaanhoitajaliitto on soveltanut ISBAR-menetelmän suomalaisen terveydenhuollon ympäristöön. Menetelmää käyttämällä raportointi on selkeää ja tiiviistä. Sairaanhoitajaliitto on suomentanut raportoinnin pääkohdat tunnista, tilanne, tausta, nykytilanne ja toimintaehdotus. Raportointi aloitetaan tunnistautumalla eli kertomalla informaatiota antavan nimi ja status sekä taustaorganisaatio. Seuraavaksi kerrotaan potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus, jonka jälkeen tilanteesta kerrotaan raportoinnin syy. Taustoista kerrotaan potilaan oleelliset nykyiset ja aiemmat sairaudet ja hoidot, allergiat ja mahdollisen eristystarpeet tai tartuntataudit. Nykytilanteesta peruselintoiminnot ja oleelliset asiat liittyen potilaan tilaan. Toimintaehdotuksena voidaan ehdottaa esimerkiksi tarkkailun lisäämistä, toimenpidettä, siirtoa toiseen yksikköön, hoitosuunnitelman muutosta. Tämän lisäksi varmistetaan yhteisymmärrys sekä mahdolliset lisäkysymykset raportin saajalta. (Sairaanhoitajaliitto Ry 2016).

4.5 Kriittisten häiriöiden tunnistaminen peruselintoiminnoissa: MET-järjestelmä

MET (*Medical emergency team*) tarkoittaa hoitolaitoksissa olevaa ryhmää, joka yleensä hälytetään ennalta arvaamattomissa peruselintoimintojen häiriötiloissa tai niitä ennakoivissa potilaan tilassa tapahtuneissa muutoksissa. Lisäksi MET-ryhmää voidaan käyttää arvioimaan potilaan tilannetta ja hoidon tarvetta. (Castrén ym. 2009). MET-ryhmän tarkoituksena on parantaa sairaalaorganisaation potilasturvallisuutta ja vuodeosastojen henkilöstön ennakoivaa peruselintoimintojen tarkkailua. Lisäksi MET-ryhmän toimenkuvaan sairaalakohtaisesti kuuluu koko sairaalan henkilökunnan kouluttamiset hätätilanteiden varalle, kuten esimerkiksi simulaatiokoulutusten järjestäminen. Lisäksi kehittämisen näkökulmasta muun muassa tiedottaminen, tilastointi, palautteen antaminen sekä vastaanottaminen. (Kantola & Kantola 2013.) Näyttöön perustuvaan hoitotyön tutkimustietoon nojaten on laadittu MET-kriteerit vitaalielintoimintojen raja-arvojen mukaan. Yksi tai useampi vitaalielintoiminnon häiriö voi ennakoida sydänpysähdystä, kuolleisuusriski kasvaa elintoimintojen poikkeamien määrän lisääntyessä. Vitaalielintoiminnoilla tarkoitetaan hengitystä, verenkiertoa ja tajuntaa. Verenkierto- tai hengityselimistön toimintojen häiriö on hengenvaarallinen tila potilaalle. (Alaspää & Holmström 2008). Sairaaloiden välillä voi olla eroavaisuuksia MET-kriteereissä (Kantola & Kantola 2013). Taulukossa 2 on esitetty Tampereen yliopistollisessa sairaalassa käytössä olevat MET-kriteerit. Kriteerien avulla esimerkiksi vuodeosaston henkilökunta voi arvioida potilaan tilaa sekä MET-hälytykseen. (Alanen 2011.)

TAULUKKO 2. Tampereen yliopistollinen sairaala MET-kriteerit (Alanen 2011.)

| | |
|---|---|
| Hengitys- tai sydänpysähdys | <ul style="list-style-type: none"> - Ei hereillä - Ei hengitä normaalisti - Syke ei tunnu |
| Hengitys | <ul style="list-style-type: none"> - Ilmatie uhattuna - Hengitystaajuus <5 tai >25/ krt min - Happisaturaatio äkillisesti tai toistetusti <90 |
| Verenkierto | <ul style="list-style-type: none"> - Syke <40 tai >140 /krt min - Systolinen verenpaine < 90 mmHg |
| Tajunta | <ul style="list-style-type: none"> - GCS- pisteiden lasku yli 2 pistettä - Jatkuvat kouristuskohotukset |
| Hoitohenkilökunnan huoli potilaan voinnista | <ul style="list-style-type: none"> - Hoidon ohjaus - Teho-osastolta siirtyneen potilaan hoitoa tukeva jälkiseuranta |

4.6 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro

HaiPro on sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä oleva sähköinen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, jolla ilmoitetaan anonyymisti hoitoon liittyvät haitat ja läheltä piti tilanteet (Wallenius 2016). HaiPron tarkoituksena on ehkäistä ja katkaista tapahtumaketju, jonka seurauksena on potilaan vaaratilanne. Haittojen ja läheltä piti-tilanteiden ennaltaehkäisyn perustana on vaaratapahtumaan liittyvien tekijöiden ymmärtäminen ja kyky välttää niitä. Haitoista ja läheltä piti-tilanteista ilmoittaminen on perusedellytys kehittäessä potilasturvallisuutta. Haitan tai läheltä piti-tilanteen ilmoituksen tekemisen kynnyksen tulee olla mahdollisimman pieni eli ilmoittamisen tulee olla helppoa ja yksinkertaista. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b.)

HaiPro-ilmoituksia tutkitaan työyhteisössä yhdessä etsien siihen vastausta ”miksi ja miten näin tapahtui” sekä ”miten tulevaisuudessa tämä voidaan välttää”. Haitta- ja läheltä piti-tilanteen purussa ei siis etsitä syyllistä, vaan ilmoituksia käsitellään yhdessä avoimesti, anonyymisti, rakentavasti sekä tarkastelun tulee olla moniammatillista. Haitta- ja läheltä piti-tilanteen purkukäsittelyn jälkeen kehittämistoimenpiteet tulee suunnitella, toteuttaa sekä arvioida organisaation käytäntöjen mukaan. Vakaviin haitta- ja läheltä piti-tapahtumiin tulee reagoida välittömästi sekä niistä on tärkeää jakaa tietoa yli organisaatiorajojen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016a.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri käyttää HaiPro raportointijärjestelmää osana omaa potilasturvallisuutta. HaiPro raportointijärjestelmään vuoden 2013 alusta lähtien on voinut tehdä ilmoituksen koko hoitohenkilökunta esimerkiksi työtapaturmasta (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016b).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen Haapajärven ja Pyhäjärven vuodeosastojen, poliklinikoiden ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen Pyhäjärven ensihoitoyksikön välistä hoitoketjun tiedonkulun tilannetta sekä ongelmakohtia asiakaslähtöisestä näkökulmasta.

Tutkimusongelmat:

- 1) Miten asiakaslähtöisyys toteutuu?
- 2) Miten tieto kulkee työyksiköiden välillä?
- 3) Miten potilasturvallisuus toteutuu raportoinnissa?

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää työntekijälähtöisesti ensihoidon, vuodeosastojen sekä päivystyspoliklinikoiden välistä asiakaslähtöistä tiedonkulkua potilasturvallisesta näkökulmasta. Työn tavoitteena on tutkia mahdollisia ratkaisuja kyselyssä ilmenneisiin ongelmakohtiin. Opinnäytetyön ongelmakohtien perusteella tilaajaorganisaatiolla sekä yhteistyökumppanilla on mahdollisuus lähteä kehittämään asiakaslähtöisen tiedonkulun ongelmakohtia työntekijälähtöisesti. Tutkimusongelmina olivat miten työyksiköiden ja yhteistyöorganisaatioiden välinen asiakaslähtöinen tiedonkulku toteutuu sekä toteutuuko tiedonkulku asiakaslähtöisesti ja potilasturvallisesti?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimusryhmän laajuuden sekä tutkimusaineiston keräämisen perusteella valitsimme tutkimustavaksi määrällisen tutkimuksen. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä tutkitaan ja tarkastellaan tietoa, joka on mitattavissa numeerisesti. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija saa tutkittavan tiedon vastaukset numeroina. Tulokset voidaan esittää esimerkiksi tunnuslukuina. Tunnusluvut kertovat kuinka monta vastausta kysymykseen on saatu numeroina. On tärkeää, että tutkija tulkitsee ja selittää tulosten olennaiset numerotiedot sanallisesti. Tutkija kuvaa asioiden kuten kysymysten tai vastausten liittymistä toisiinsa sekä sen, miten ne eroavat suhteessa toisistaan. (Vilkkä 2007, 14.)

6.1 Aineiston keruumenetelmä

Kysely on aineiston keräämisen tapa, jossa kysymysten muoto on vakioitu. Vakioinnilla tarkoitetaan sitä, että kaikilta kyselyyn osallistuvilta kysytään täysin samat kysymykset, samassa järjestyksessä sekä samalla tavalla. Kyselylomaketta voidaan käyttää silloin, kun havaintoyksikkönä toimii henkilö ja häntä koskevat mielipiteet, asenteet, ominaisuudet tai esimerkiksi käyttäytyminen. Kyselyn ongelmaksi voi muodostua kyselyyn vastaamatta jättäminen tai hidas osallistuminen. On tärkeää, että osallistumisesta muistutetaan automaattisesti tietyn ajan kuluttua kyselyn alkamisesta. (Vilkkä 2007, 28.)

Aineisto kerättiin sähköisesti Webropol-kyselyn avulla. Kyselyllä saimme määrällistä tietoa tutkittavasta asiasta. Tämän jälkeen muutimme määrälliset vastaukset sanalliseen muotoon, joilla esitimme tiedon ja tulokset tilaajalle tutkittavasta aiheesta. Varmistimme tutkimuksen objektiivisuuden eli puolueettomuuden valitsemalla sähköisen kyselylomakkeen. Näin ollen suhteemme tutkittaviin pysyi koko tutkimuksen ajan etäisinä. Lisäksi kyselyyn vastattiin anonyymisti. Objektiivisuuteen vaikutti myös se, ettemme ole esimerkiksi työsuhteessa tilaajaorganisaatioon. (Vilkkä 2007, 16.)

Opinnäytetyötä varten olimme suunnitelleet viisi portaisen Likert-asteikkokyselyn, johon vastaaja valitsi parhaiten omaa käsitystä kuvaavan vaihtoehdon. Asteikossa oli valittavissa jokaiseen kysymykseen vastausvaihtoehdot: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, en osaa sanoa, osittain eri mieltä sekä täysin eri mieltä. Lisäksi kyselyssä oli kolme ominaisuuksia mittaavaa taustakysymystä, joihin oli annettu valmiiksi valitut muuttujat. Taustakysymyksillä selvitimme vastaajan työyksikön, koulutustaustan ja työkokemuksen. Kysely muodostui kolmesta eri osa-alueesta: asiakaslähtöinen tiedonkulku, potilasturvallisuus sekä HaiPro-järjestelmä. Tilaajaorganisaation toiveesta yksi kysymyksestä oli avoin kysymys. Avoimella kysymyksellä selvitimme, miten vastaajan mielestä voisi vaikuttaa laadukkaampaan, potilasturvalliseen, asiakaslähtöiseen raportointiin. Kysymyksiä oli yhteensä 27. Kyselyn jäsentelyyn käytimme Vilkan (2007) ohjeistusta, jossa kysymykset ryhmiteltiin selkeästi suurempien kokonaisuuksien ja otsikoinnin alle. Näin vastaajalla pysyi selkeänä mielikuvana aihe, johon hän oli vastaamassa. Lisäksi taustakysymykset olivat sijoiteltu vasta lomakkeen loppuun. (Heikkilä 2004, 48.)

Opinnäytetyön kohderyhmänä toimi kaksi vuodeosastoa sekä kaksi poliklinikkaa sekä Pyhäjärven ensihoitoyksikkö. Kohderyhmään kuului 100 työntekijää eri koulutustaustoista, kuten erikoissairaanhoidajia, sairaanhoitajia AMK, ensihoitajia AMK, perus- ja lähihoitajia, lääkintävahtimestareita sekä palomies-sairaankuljettajia ja pelastajia. Haimme tutkimuslupaa PPKY Selänteeltä Tarja Vaitiniemeltä (liite 1) sekä Jokilaaksojen pelastuslaitokselta Marko Jämseniltä (liite 2).

Esitestasimme kyselylomakkeen vapaaehtoisella kohderyhmällä. Kohderyhmään kuului yksi sairaanhoitaja AMK, yksi lääkintävahtimestari, yksi ensihoitaja ja kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa. Kohderyhmältä saatujen kommenttien perusteella muodostimme kysymykset viimeiseen muotoon, jonka perusteella haimme tutkimuslupaa sekä suoritimme varsinaisen kyselyn. Pyysimme kohderyhmältä erityisesti kommentointia kysymysten ymmärrettävyyteen ja aseteluun sekä selkeyteen, vastausvaihtoehtojen toimivuuteen sekä kysymysten määrään. Lähetimme sähköpostitse linkin (liite 3) Webropol-kyselyyn tilaajaorganisaation edustajalle Tarja Vaitiniemelle sekä Marko Jämsenille saatekirjeen kanssa (liite 4). Kyselyaika oli 14 vuorokautta, kyselyajan puolesta välissä muistutimme kohderyhmää kyselystä.

6.2 Aineiston analysointi

Kyselyn ja taulukoinnin suunnittelu ennalta nopeutti vastausten käsittelyä sekä nopeutti analysoinnin aloittamista. Annoimme muuttujille arvot jo kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa. Taustakysymyksen muuttujat oli nimetty kirjainsymbolilla. Ensimmäisenä vastausten analysoinnissa rakensimme vastauksista havaintomatriisin, joka sisälsi muuttujien arvojen perusteella rakennetun havaintoaineiston. Havaintomatriisin pohjalta avasimme Excel -taulukkolaskentaohjelmalla vastaukset pylväsdiagrammeiksi, jossa ristitaulukoitiin kysymykset suhteessa taustakysymyksiin.

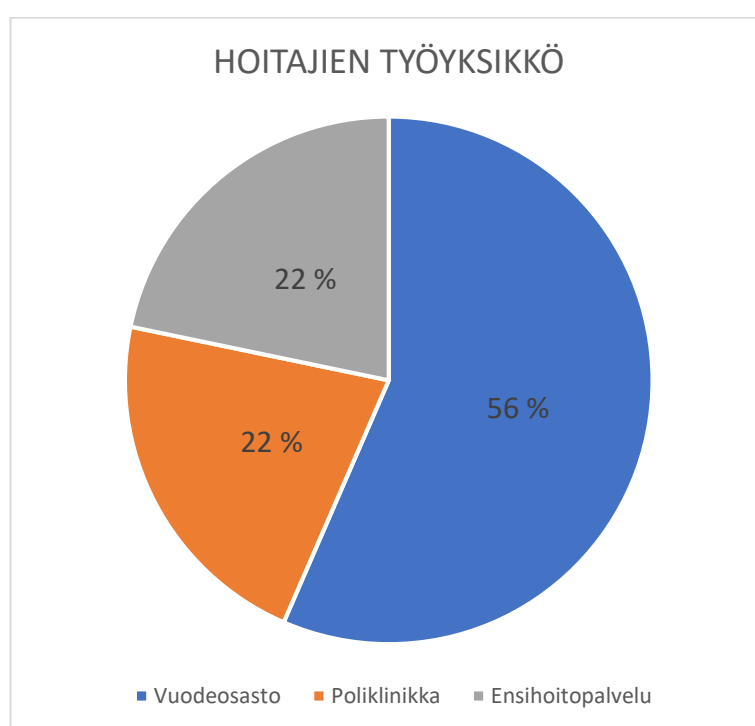
Tilaajan haluaman avoimen kysymyksen analysointi oli haasteellinen. Toisaalta Vilkan mukaan avoimet kysymykset eivät välttämättä tarkoita laadullista tutkimusmenetelmää. Analysointitavan mukaan avoimet kysymykset voidaan myös jälkikäteen käsiteltyinä muuttaa numeraalisiksi ja siten luokitella määrällisiksi. Vastaukset tulee analysoida ja luokitella eri ryhmiin. (Vilka 2009, 87.)

Analysoimme avoimen kysymyksen ryhmittelemällä vastaukset, jonka jälkeen jaoimme vastausvaihtoehdot eri teemoihin sekä lajittelimme samankaltaiset vastaukset omiin ryhmiin. Tämän jälkeen lasimme yhteen samankaltaisten vastausten määrät ja siirsimme ne taulukkoon. Lopuksi lisäsimme siteerauksia lopulliseen raporttiin. Avoimen kysymyksen analysointi oli kuitenkin huomattavasti työläämpää, etenkin suurelle kohderyhmälle toteutetussa tutkimuksessa.

7 TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi kahden viikon aikana 25 henkilöä, eli vastausprosentti 25%. Kyselylomakkeen loppuun sijoitetuissa taustakysymyksissä selvitimme vastaajien työkokemusta vuosina, työyksikköä sekä ammattitaustaa. Kyselyyn vastanneilla oli työkokemusta taustalla vähintään yksi vuosi (12 %). Suurin osa, 44 % vastaajista oli työskennellyt yli 15 vuotta. Lisäksi 5–10 vuotta työskennelleitä oli 20 % ja 10–15 vuotta työskennelleitä oli 24 %. Koulutukseltaan enemmistö oli sairaanhoitajia, erikoissairaanhoitajia tai sairaanhoitaja amk (64 %). Vastaajista lähihoitajia oli 28 %, ensihoitaja AMK 8 %. Kuviosta 1 käy ilmi vastaajien työyksikkö. Kyselyyn vastanneista suurinosa, 56 % työskenteli vuodeosastolla. Loput 22 % työskenteli polikliniikalla ja 22 % ensihoidossa (kuvio 1).

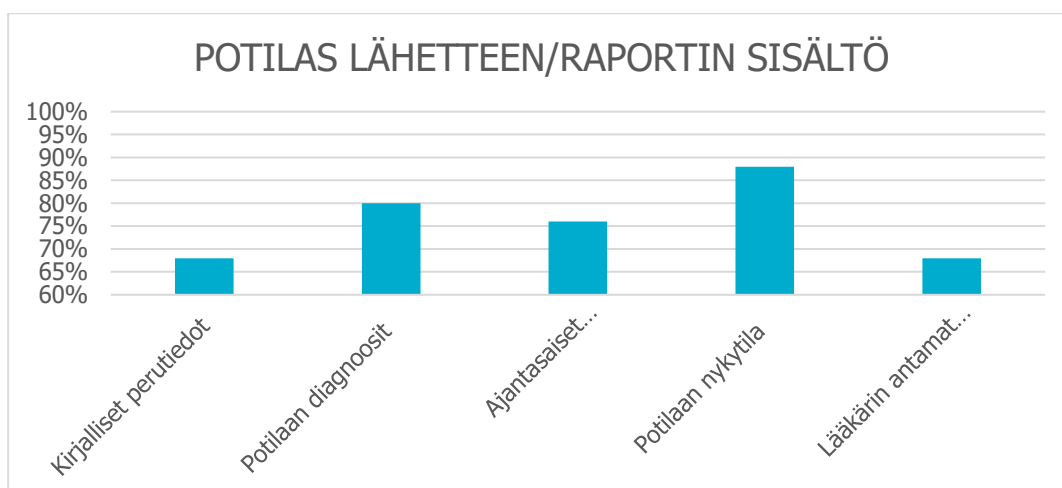


KUVIO 1. Hoitajien työyksikkö.

7.2 Asiakslähtöinen tiedonkulku

Vastaajista vajaa puolet eli 48 % olivat sitä mieltä, että voivat hyödyntää saamaansa potilasraporttia myöhemmin jatkohoitoa suunnitellessa tai raportoinnissa. Kuitenkin saman verran vastaajista eli 48 % olivat sitä mieltä, että joutuvat kysymään lisäkysymyksiä raportointitilanteessa.

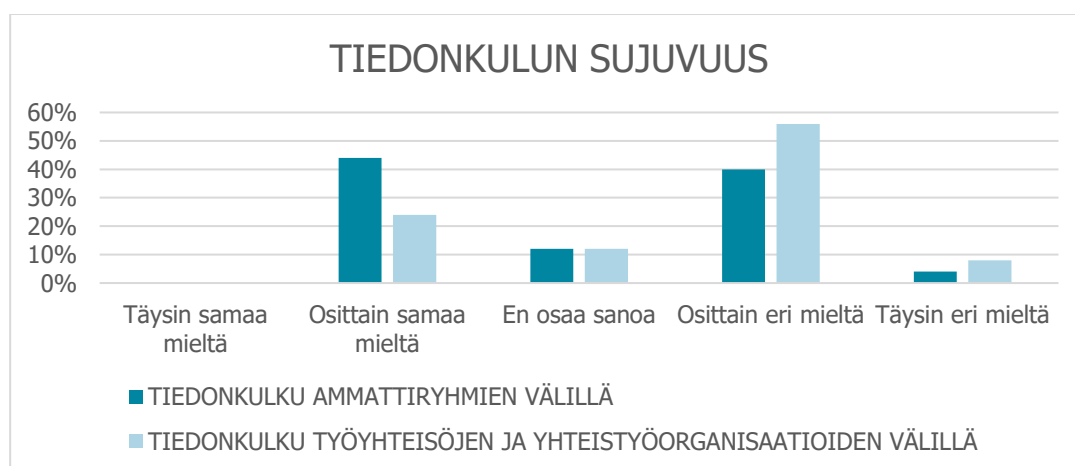
Suurinosa vastaajista oli sitä mieltä, että potilasraportin mukana kulkevat tarvittavat tiedot. Kuviossa 2 on eritelty potilaslähetteen ja raportin sisältö. Vastaajista 68 % vastasivat, että lähetteestä löytyy kirjalliset perustiedot. Kyselyyn vastaajista 80 % olivat sitä mieltä, että potilaan diagnoosit tulevat esille. Ajantasaiset peruselintoiminnot kävivät ilmi 76 % mielestä. Potilaan nykytila tuli esille jopa 88 % mielestä sekä 68 % olivat sitä mieltä, että lääkärin antamat jatkohoito-ohjeet kävivät raportista ilmi (kuvio 2).



KUVIO 2. Potilas lähetteen/raportin sisältö.

7.3 Tiedonkulku työyksiköiden välillä

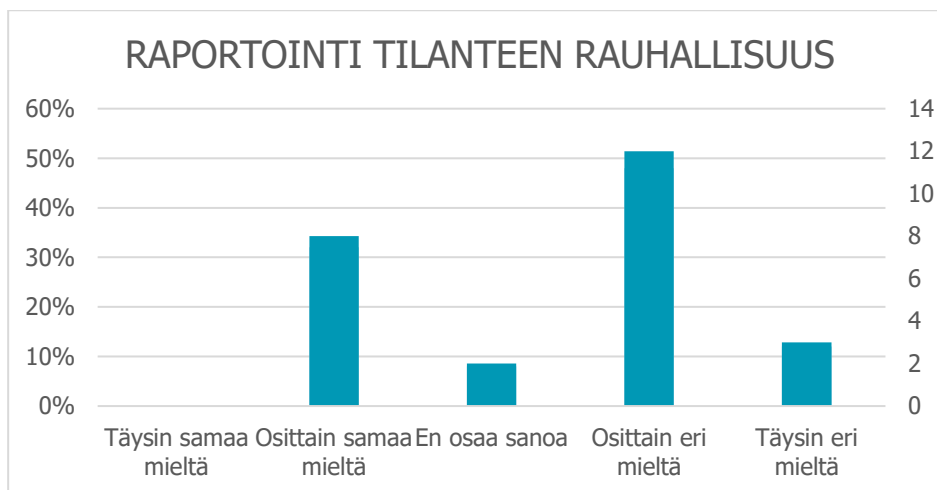
Laadukkaasta raportoinnista samaa- tai osittain samaa mieltä oli vastaajista 68 %. Vastaajista 24 % oli eri- tai osittain eri mieltä sekä loput 8 % eivät osanneet sanoa. Suurin osa eli 92 % vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että raportoinnissa olisi parannettavaa. Vastaajista 44 % oli osittain samaa mieltä, että tiedonkulku toimi eri ammattiryhmien välillä. Vastaajista lähes kuitenkin saman verran (40 %) oli osittain eri mieltä tiedonkulusta ammattiryhmien välillä. Vastaajista täysin eri mieltä oli 4 %, vastaajista 12 % ei osannut sanoa tiedonkulun sujuvuutta. Yksikään vastaajista ei ollut täysin tyytyväinen tiedonkulun sujuvuuteen. Eniten vastaajista 56% olivat osittain eri mieltä, että tiedonkulku työyhteisöjen ja yhteistyöorganisaatioiden välillä toimii (kuvio 3).



KUVIO 3. Tiedonkulun sujuvuus.

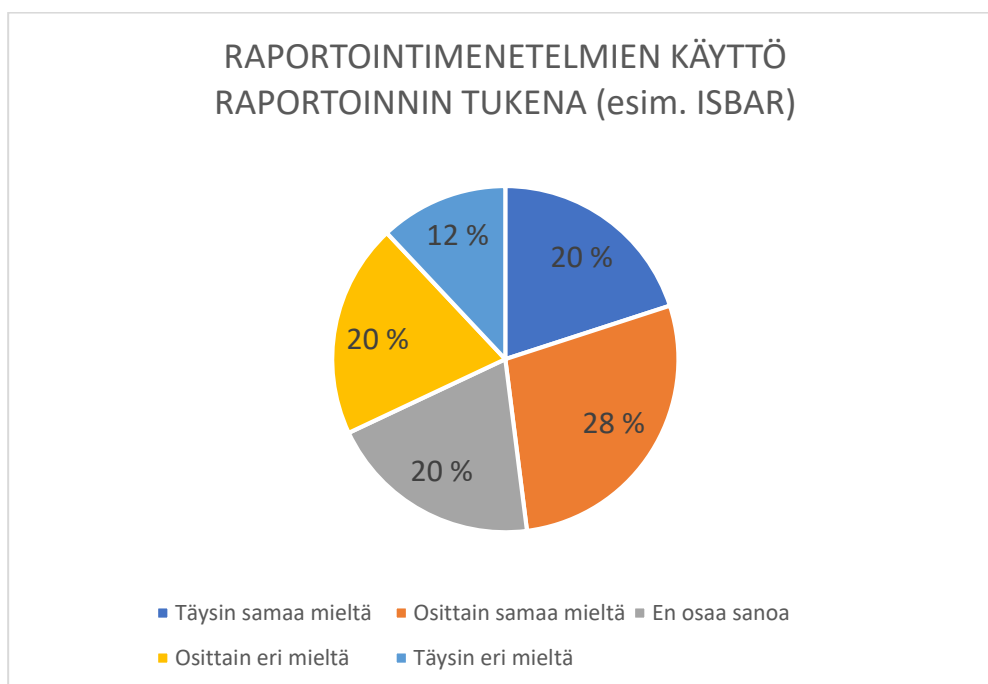
7.4 Potilasturvallinen raportointi

Kolmas tutkimuskysymyksemme liittyi potilasturvalliseen raportointiin (kuvio 4). Yksikään vastaajista ei kokenut raportointitilannetta rauhalliseksi. Reilu kolmannes vastaajista oli osittain samaa mieltä raportointitilanteen rauhallisuudesta. Hieman yli 50% oli osittain- tai täysin eri mieltä, ettei raportointi tapahdu rauhallisissa olosuhteissa.



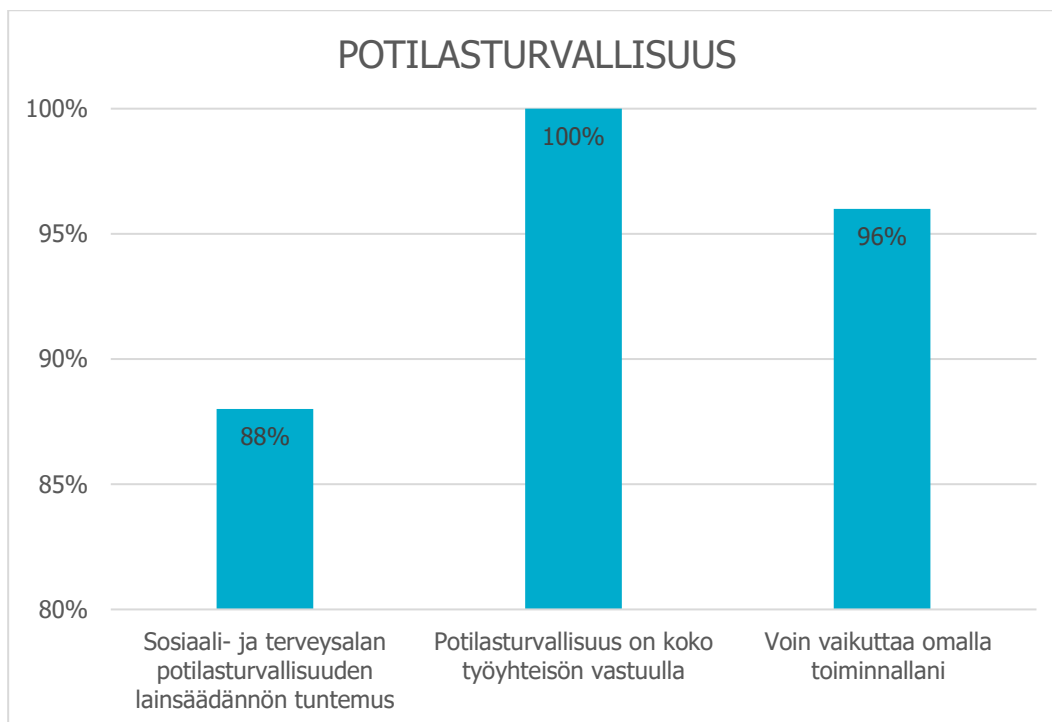
KUVIO 4. Raportointi tilanteen rauhallisuus.

Vain alle puolet vastaajista (48 %) käytti laadukkaan raportoinnin tukena jotain menetelmää, esimerkiksi ISBAR-menetelmää. Viidennes kysymykseen vastanneista ei osannut sanoa, minkä mukaan raportoi potilastilanteessa. Laadukkaan raportoinnin tukena 32 % käytti satunnaisesti erilaisia menetelmiä, esimerkiksi ISBAR-menetelmää (kuvio 5).



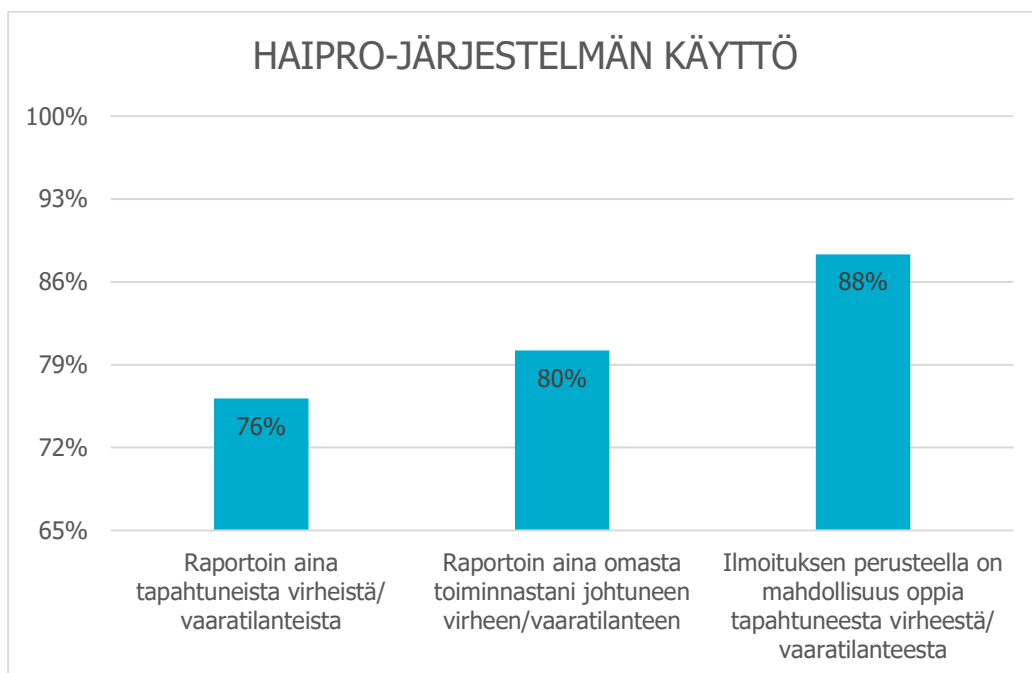
KUVIO 5. Raportointimenetelmien käyttö raportoinnin tukena (esim. ISBAR)

Työyksiköiden työntekijöiden sosiaali- ja terveysalan lainsäädännön tuntemus on hyvä. Lähes 90 % vastaajista vastasi kysymykseen osittain tai täysin samaa mieltä, kysyttäessä miten tuntevat ohjaavan lainsäädännön (kuvio 6). Kaikkien vastaajien mielestä potilasturvallisuus on koko työyhteisön vastuulla. Vastaajista 4 % oli kuitenkin sitä mieltä, etteivät he voi vaikuttaa omalla toiminnallaan potilasturvallisuuteen.



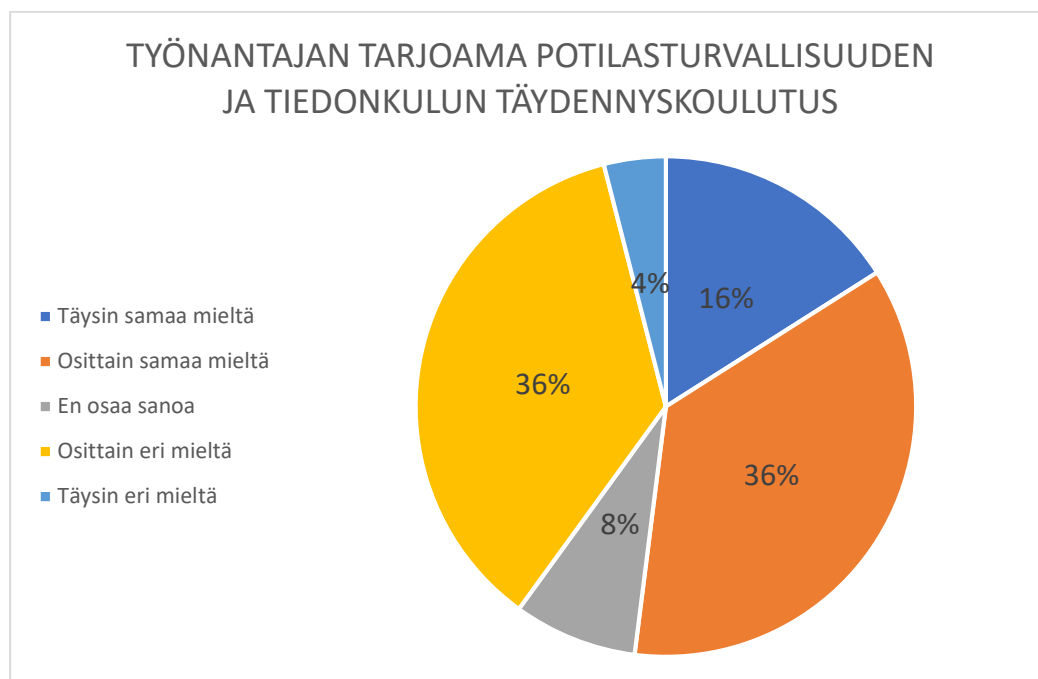
KUVIO 6. Potilasturvallisuus.

Vastaajista 92 % olivat sitä mieltä, että HaiPro-järjestelmä on käytössä työyksikössä, kaksi vastaajaa ei osannut sanoa tai olivat osittain eri mieltä. Vastanneista 76 % käyttää järjestelmää ja raportoi aina tapahtuneesta virheestä tai vaaratilanteesta. Omasta toiminnastaan johtuneen virheen tai vaaratilanteen raportoi vastaajista 80 % (kuvio 7).



KUVIO 7. HAIPRO-järjestelmän käyttö.

Yleisesti ottaen hieman yli puolet vastanneista (52 %) kokivat täysin tai osittain saavan riittävästi täydennyskoulutusta potilasturvallisuuteen ja tiedonkulkuun liittyen (kuvio 8). Vastaajista 8 % ei osannut sanoa onko saanut riittävästi täydennyskoulutusta. Vastaajista 4 % olivat täysin eri mieltä täydennyskoulutuksen riittävydestä.



KUVIO 8. Työnantajan tarjoama potilasturvallisuuden ja tiedonkulun täydennyskoulutus.

Kyselyssä oli lisäksi yksi laadullinen kysymys, jolla oli tarkoitus selvittää työntekijälähtöisesti kuinka voisi parantaa ja kehittää potilasturvallista, asiakaslähtöisempää sekä laadukkaampaa raportointia. Ongelmakohtia olivat eri yksiköiden välinen tiedonkulku, johon parannusehdotukseksi oli useampi vastannut tieto- ja toimintajärjestelmien sekä raportointikäytäntöjen yhdenmukaistamista. Vastaajien mielestä potilasturvallista, asiakaslähtöisempää sekä laadukkaampaa raportointia pystytään kehittämään kouluttamalla hoitajia (kuvio 9).

- *Eri yksiköiden välillä tieto ei aina kulje lainkaan. Kanta-arkisto käyttöön (nyt ei aina ole siirtynyt) Selänteen ulkopuolella ei ole papereita mukana, joten joutuu soittelemaan.*
- *Potilaan vierellä raportointi. Jos potilaan kunto on sellainen, että hän voi osallisua raportointiin, Potilaasta hoitovastuussa oleva raportoi.*
- *Potilastietojärjestelmiä kehittämällä muun muassa käyttäjäystävällisemmiksi/helppokäyttöisemmiksi, eri toimijoiden kesken yhteensopiviksi, tiedonsiirron tulee sujuvoitua.*
- *Kouluttamalla hoitajia.*
- *Potilastiedot seurattava aina potilasta, KANTA.fi- palvelu helpottaa jo nyt tiedon saantia.*

KUVIO 9. Avoimen kysymyksen vastaukset

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Validiteetilla ja reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta. Validiteetilla ja reliabiliteetilla mitataan tutkimusmenetelmän kykyä selvittää tutkittavaa asiaa. Validiteettia voidaan arvioida vertaamalla mittaustulosta aiempaan empiiriseen tietoon mitattavasta ilmiöstä.

Kyselyn validiteettiin vaikuttaa se, että selvitettävistä osa-alueista on tarpeeksi monta täsmentävää kysymystä, jotta pystyimme mittaamaan tutkittavan ilmiön ominaisuutta. Validiteetin luotettavuuteen olisi voinut vaikuttaa kielteisesti meidän omat näkökulmat ja ajatukset. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–26.) Huomioimme työssä validiteetin operationalisoimalla teoreettiset käsitteet arkikielelle, kiinnittämällä huomiota kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisältöön sekä muotoiluun. Pyysimme esitetausryhmältä palautetta kysymysten ymmärrettävyydestä, koska tutkimuksen validiteetin kannalta on tärkeää, että tutkija ja tutkittava ymmärtävät kysymykset samalla tavalla.

Reliabiliteettiin vaikutti tutkittavan joukon koko, vastausprosentti sekä tutkimuksen mahdolliset mitausvirheet, esimerkiksi liittyen kysymyksiin ja vastausvaihtoehtoihin. Tutkimuksen kyselylomake, liite 3 esitettiin ennen virallista kyselyä vapaaehtoisella kohderyhmällä.

Systemaattiset virheet, kuten alhainen osallistumisprosentti tai vääristellyt vastaukset heikentävät tutkimuksen reliabiliteettiä sekä validiteettiä. Tämän lisäksi satunnaisvirheet, kuten vastaajan muistivirhe heikentää myös tutkimuksen luotettavuutta ja tarkkuutta. (Vilkka 2005, 10.)

Teimme tutkimuksen puolueettomasti. Emme muuttaneet missään vaiheessa tutkimuksen tuloksia tai jättäneet käyttämättä saatavilla olevia kontrollikeinoja. Tutkimuksen valmistuttua tutkimustulokset ovat sovellettavissa ja käytettävissä esimerkiksi toimeksiantajalle. Emme tuoneet julki tutkimuksessa kenenkään yksityisyyttä tai toimeksiantajan liikesalaisuuksia. (Vilkka 2005, 20; Heikkilä 2004, 29–32.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tarpeellista ja käyttökelpoista aineistoa. Otimme huomioon eettisyyden Wepropol-kyselyä suunnitellessa. Eettisyyden kannalta on keskeistä, että tutkimukseen vastaaminen tapahtui vapaaehtoisesti. Haimme tutkimuslupaa toimeksiantajalta, Peruspalvelukuntayhtymä Selänteeltä sekä Jokilaaksojen pelastuslaitokselta. On tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat saivat tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Säilytimme tutkimusaineiston tietosuojan vaatimalla tavalla. Raportoimme tutkimuksen tulokset avoimesti ja rehellisesti säilyttäen osallistujien anonymiteetin. Raportoinnissa toimme esille menetelmät ja toimintatavat. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–26.) Lisäksi oli tärkeää, että raportissa esitettiin kaikki merkittävät tulokset ja johtopäätökset, eikä rajattu esimerkiksi vain toimeksiantajan kannalta edullisia tuloksia (Heikkilä 2004, 31).

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikutti mielestämme myös se, että olemme käyttäneet ajantasaisia sekä tarkoituksenmukaisia hoitotyön lähteitä työssä. Yhteistyö tilaajaorganisaation kanssa on toiminut moitteettomasti sekä olemme saaneet palautetta kyselyn sisällöstä työn eri vaiheissa. Näin pysyi toteuttamaan opinnäytetyön tilaaja- ja työyksikkölähtöisesti alusta asti, joka lisää varmasti työn käy-

tettävyyttä. Dokumentoimme käytetyt työvaiheet ja -menetelmät täsmällisesti sekä keräsimme tutkimusaineiston huolellisesti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada todenmukaista tietoa ja saada tärkeitä näkökulmia sekä kehitysideoita tilaajaoranisaation huomaamiin ongelmiin.

8.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Valtaosalla kyselyyn vastanneista työkokemusta oli yli 15 vuotta; kuitenkin työkokemusta vastaajille oli kertynyt vähintään vuoden. Vastanneista toiseksi suurin ryhmä koostui 10–15 vuotta työskennelleistä ammattilaisista. Kyselyymme vastanneista kolulutustaustaltaan suurin osa oli sairaanhoitajia, erikoissairaanhoitajia tai sairaanhoitaja AMK. Kyselyyn vastanneista tätä ammattiryhmää edusti kokonaisuudessaan 64 % vastaajista. Lähihoitajien vastausprosentti kyselyssämme oli 28 %, ensihoitaja AMK vastausprosentti oli pienin, 8 %. Mahdollisesti vastausprosentti ensihoitaja AMK:n osalta olisi ollut suurempi, jos kysely olisi suunnattu Pyhäjärven ensihoitoyksikön lisäksi toiseen ensihoitoyksikköön. Työyksikköjakaumasta saimme selville, että valtaosa vastanneista oli vuodeosastolla työskenteleviä, jopa 56 %. Kyselyymme vastanneista 22 % työskenteli poliklinikalla ja 22% ensihoidopalvelussa.

Selvitimme kyselyssä asiakaslähtöisen tiedonkulun toteutamista, tiedonkulkua työyksiköiden, yhteistyöorganisaatioiden sekä eri ammattiryhmien välillä. Kyselyyn vastaajien mielestä pääsääntöisesti potilaiden mukana kulkivat tarvittavat tiedot. Vastaajista 68 % olivat sitä mieltä, että potilaan kirjalliset perustiedot (henkilötiedot, sairaudet, lääkitys ja lähete) siirtyvät mukana. Potilaan diagnoosit käyvät ilmi raportista 80 % vastaajien mielestä. Raportti sisälsi ajantasaiset tiedot potilaan peruselintoiminnoista (verenpaine, pulssi, happisaturaatio, tajunta, ruumiinlämpö sekä verensokeri) 76 % vastaajien mielestä. Vastaajista 88 % oli sitä mieltä, että raportissa kävi ilmi potilaan nykytilanne. Vastaajista 68% olivat sitä mieltä, että raportti sisälsi lääkärin jatkohoito-ohjeet.

Asiakaslähtöiseen tiedonkulkuun oli otettu kantaa seuraavalla kommentilla: ”Potilastiedot seurattava aina potilasta. KANTA.fi palvelu helpottaa jo nyt tiedon saantia”. Tiedonkulkua voisi kehittää avoimen kysymyksen vastauksen mukaan asiakaslähtöisemmäksi myös ottamalla potilas mukaan raportointi tilanteeseen, mikäli hänen vointi sallii ”Potilaan vierellä raportointi. Jos potilaan kunto on sellainen, että hän voi osallistua raportointiin”. Vastaajista 88 % olivat sitä mieltä, että pystyivät hyödyntämään saamaansa potilasraporttia potilaan jatkohoitoa suunnitellessa sekä raportoidessa.

Toinen tutkimuskysymyksistämme oli tiedonkulku työyksiköiden, yhteistyöorganisaatioiden sekä eri ammattiryhmien välillä. Saamiemme vastauksien mukaan tiedonkulku oli yksi ongelmakohta työyksiköiden sekä ammattiryhmien välillä. Kysyimme ”tieto siirtyy sujuvasti eri ammattiryhmien välillä” sekä ”tieto siirtyy sujuvasti eri työyksiköiden sekä yhteistyöorganisaatioiden välillä”, joissa kummasakaan yhtään vastaajaa eivät olleet täysin samaa mieltä. Vastaajista 44 % oli eri mieltä ammattiryhmien välillä tiedon siirtymiseen sekä jopa 64 % vastaajista olivat eri mieltä eri työyksiköiden ja yhteistyöorganisaatioiden välisen tiedonkulun toteutumisissa.

Tiedonkulun parantamiseen oli kyselyssämme vastattu seuraavasti: ”Eri yksiköiden välillä tieto ei aina kulje lainkaan. Kanta-arkisto käyttöön (nyt ei aina ole siirtynyt) Selänteen ulkopuolelta ei ole papereita mukana, joutuu soittelemaan”. Lisäksi oli ehdotettu potilastietojärjestelmien yhdenmukaistamista asiakaslähtöisen tiedonkulun parantamiseksi: ”Potilastietojärjestelmiä kehittämällä muun muassa käyttäjäystävällisemmiksi sekä mahdollisesti helppokäyttöisemmiksi, eri toimijoiden kesken yhteensopiviksi. Tiedonsiirron tulee sujuvoitua”.

Kolmas tutkimuskysymyksemme liittyi potilasturvalliseen raportointiin. Jopa 92 % vastaajista olivat sitä mieltä, että raportoinnissa olisi kehitettävää. Ongelmakohtaksi nousi rauhattomuus raportointitilanteessa. Suurin osa vastaajista olivat sitä mieltä, että raportointitilanne ei ollut rauhallinen. 60 % vastaajista vastasivat olevansa osittain tai täysin eri mieltä. Avoimeen kysymykseen saamia vastauksia olivat asiakaslähtöisen raportoinnin edistämiseksi: ”Potilaasta hoitovastuussa oleva raportoi”. Lisäksi selvitimme käyttävätkö vastaajat raportoinnin tukena esimerkiksi ISBAR-raportointi menetelmää. Vain alle puolet vastaajista 48 % olivat täysin tai osittain sitä mieltä, että käyttivät laadukkaan raportoinnin tukena jotain menetelmää.

Kyselyssämme tuli ilmi, että työyksiköiden työntekijöiden sosiaali- ja terveysalan lainsäädännön tuntemus oli hyvä. Vastaajista 88 % olivat osittain tai täysin samaa mieltä, että tuntevat ohjaavan lainsäädännön. Loput 12 % eivät osanneet sanoa tai olivat vain osittain erimieltä. Vastaajista 84 prosenttia kokivat tuntevansa työyksiköiden toimintaohjeet, esimerkiksi jatkohoito-ohjeen pyytäminen. Yhteenvetona kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että potilasturvallisuus on koko työyhteisön yhteinen tehtävä. Lähes kaikki vastaajat 96 % olivat sitä mieltä, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa potilasturvallisuuteen omalla toiminnallaan. Yksi vastaajista koki olevansa osittain erimieltä.

Kysyimme HaiPro-järjestelmän käyttöä. Vastaajista 92 % olivat sitä mieltä, että HaiPro-järjestelmä on käytössä työyksikössä, kaksi vastaajista eivät osanneet sanoa tai olivat osittain erimieltä. Järjestelmää käyttivät ja raportoivat aina tapahtuneesta virheestä tai vaaratilanteesta 76 % vastanneista, sekä 80 % raportoivat aina omasta toiminnastaan johtuneen virheen tai vaaratilanteen. 88 % vastanneista olivat sitä mieltä, että HaiPro-ilmoituksen perusteella on mahdollisuus oppia virheestä tai vaaratilanteesta. Reilu puolet eli 52 % vastaajista olivat täysin tai osittain sitä mieltä, että saavat riittävästi täydennyskoulutusta potilasturvallisuuteen ja tiedonkulkuun liittyen. Avoimeen kysymykseen oli kehittämisideaksi mainittu hoitajien lisäkouluttaminen.

Saimme avoimeen kysymykseen yhteensä viisi vastausta. vastauksista kolme käsitteli tiedonkulkua. Kaksi vastausta käsitteli raportointia, sekä yksi vastaus liittyi työntekijöiden koulutukseen. Kaikista vastauksissa löytyi yhtäläisyytenä se, että tiedonkulkua ja raportointia tulisi parantaa. Kahdessa vastauksessa oli mainittu eri työyksiköiden välisen tiedonkulun olevan ongelmallista. Kanta-arkisto tuli esille kahdessa vastauksessa, joka oli mainittu hieman helpottavana tekijänä tiedonkulkuun. Kuitenkin esille nousi käyttäjäystävällisyyden puute potilastietojärjestelmissä. Parannusehdotukseksi oli esitetty asiakaslähtöisempää raportointia potilaan vierellä sekä vain hoitovastuussa olevan raportointia. Yhdessä vastauksessa tuli esille työntekijöiden lisäkoulutuksen tarve.

8.3 Ammatillinen kasvu ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyö tehtiin määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Tarkastelimme sillä ensihoidon ja päivystyspoliklinikoiden sekä vuodeosastojen yhteistyötä ja sen kehittämistarpeita työntekijöiden näkökulmasta. Ohjaavina tekijöinä opinnäytetyössä toimi tutkimusongelmat, joiden perusteella koko työtä lähdimme ideoimaan.

Opinnäytetyön edetessä huomasimme, että opinnäytetyön tarkoitus tarkentui useamman kerran, joten jouduimme miettimään keskeisiä käsitteitä tarkemmin. Opinnäytetyön aikana olemme oppineet paljon määrällisen tutkimusprosessin kulkua. Lisäksi olemme varmasti kehittyneet suunnittelun ja ajankäytön hallinnassa. Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut meiltä pitkäjänteisyyttä. Ammattikirjallisuus on ollut ajoittain vaikea lukuista. Lisäksi haasteelliseksi koitui aiheiden rajaaminen, lähteiden ja lähdeviitteiden merkintä. Haasteita aiheuttivat myös aikataulu ja välimatkat. Emme pysyneet alkuperäisessä aikataulussa, välillä työn eteneminen koitui meille haasteelliseksi. Kuitenkin kiinnostuksemme opinnäytetyötä kohtaan säilyi koko prosessin ajan.

Varsinaisen kyselyn analysointivaiheen koimme kaikista mielenkiintoisimmaksi. Huomasimme, että hyvä ja pitkäjänteinen valmistelutyö tuotti tulosta ja työ alkoi varsinaisesti edetä ja valmistua toivotuun tahtiin. Oli erittäin mielenkiintoista saada tekemäämme kyselyyn vastauksia ja löytää tutkimusongelmiin ratkaisuja. Lisäksi oli hienoa huomata, että kyselymme sai vastaajia ja tilaajaorganisaation halu kehittää ongelmakohtia kiinnosti myös kohderyhmää. Vastausten analysoinnin alkuvaiheessa jo huomasimme painopisteet, joihin tiedonkulun ongelmat painottuivat. Olimme tehneet omia johtopäätöksiä jo ennen kyselyn suorittamista mahdollisista ongelmakohdista, joten tutkimuksen eteneminen oli erittäin mielenkiintoista. Analysointi vaiheessa huomasimme, kuinka tärkeää tutkimuksessa on puolueettomuus sekä tutkijan luotettavuus ja eettisyys. Tätä seikkaa emme jostain syystä huomanneet niin vahvasti vielä vapaaehtoisen kohderyhmän esitestaus vaiheessa.

Mielestämme opinnäytetyömme on onnistunut siinä mielessä, että voimme suoraan hyödyntää omassa työssämme ja työskentelyssämme tutkimustuloksia. Uskomme, että voimme kehittää omaa ammatillista työskentelyä etenkin raportointi ja tiedonkulun tilanteissa vastausten perusteella. Koemme, että tutkimuksemme oli työntekijälähtöisyyden vuoksi myös hyödyllinen toimeksiantajan työyksiköiden työntekijöille. Löysimme vastausten analysointivaiheessa useita mielestämme hyviä ideoita jatkotutkimuksille. Uskomme, että tutkimuksemme pohjalta toimeksiantajan on helppo suunnitella koulutuksia aiheeseen liittyen.

Opinnäytetyön idea tuli toimeksiantajalta, joten näemme opinnäytetyöstä saatavan tiedon ja hyödyn olevan merkityksellinen ja toteuttamisen arvoinen toimeksiantajalle ajatellen. Seuraavaksi toimeksiantaja voisi määrittää työyksikkökohtaisesti kehitys- ja koulutustarpeen, jolloin olisi mahdollisuus parantaa yksilöllisemmin ongelmakohtia.

Tutkimustuloksia voi hyödyntää henkilöstön koulutustarpeen määrittämisessä sekä työntekijälähtöisen koulutuksien suunnittelussa. Kehitysideana voisi olla raportoinnin yhdenmukaistaminen työyksiköiden välillä esimerkiksi raportointimenetelmän (ISBAR) avulla ja raportointitilanteen kehittämisen. Lisäksi jatkotutkimuksena voisi kehittää toimeksiantajalle oman raportoinnin muistilistan tai menetelmän. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, onko tutkimuksestamme saatu aineisto edistänyt potilasturvallista tiedonkulkua.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- Aalto, S. 2009. *Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle*. Teoksessa Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. Helsinki: WSOY.
- Alanen, P. 2011. *MET-kuulumiset Tayssissa v. 2011*. Luento. Taysin erityisvastuualueen tehohoito-päivä.
- Alaspää, A. & Holmström, P. 2008. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Holmström, P., Kuisma, M., Port-han, K. (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Tammi.
- Asplund, K. Castén, M., Ehrenberg, A., Farrokhnia, N., Göransson, K., Jonsson, H., Lind, L., Marké, L., Norlund, A., Oredsson, S., Syversson, A. & Säwe, I. 2010. *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen* [verkkojulkaisu]. Statens beredning för medicinsk utvärdering [viitattu 3.3.2016]. Saatavissa: http://www.sbu.se/contentsets/79b7a8f6aaad46dcbc988cffed33339f/triage_fulltext2.pdf
- Boutiler, S. 2007. Leaving critical care, facilitating a smooth transition. Dimension of critical care nursing. No. 4. 137-142.
- Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. *Ensihoidosta päivystyspolikli-nikalle*. Helsinki: WSOY.
- Castrén, M., Ekman, S., Martikainen, M., Sahi, T. & Söder, J. 2006. *Suuronnettomuusopas*. Kustan-nus Oy Duodecim.
- Davidson, J., Powers, K., Kamyar, M., Tieszen, M., Alexander, A Shepard, E., Spuhler, V., Todres, D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G. & Armstrong, D. 2007. *Cinical practice guidelines for support of the family in the patient - centred intensive care unit*: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Critical Care Medicine 35 (2).
- Ensihoitoasetus L 06.04.2011/304. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 30.3.2016]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>
- Heikkilä, T. 2004. *Tilastollinen tutkimus*. 5. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Otava.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2009. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Iivari, A., Ruotsalainen, P. & Hämäläinen, H. 2002. *Tietoteknologia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutosten tukena*. Teoksessa Heikkilä, M. & Parpo, A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Helsinki: STAKES.

Jokilaaksojen pelastuslaitos 2016 [viitattu 15.12.2016]. Saatavissa: <http://www.jokipelastus.fi/orgaanisaatio>

Jämsen, Marko 2016-02-15. ensihoitomestari [haastattelu]. Pyhäsalmi: Terveyskeskus.

Kantola, T. & Kantola, T. 2013. *Medical emergency team (MET) - Apua osastolle elvytystä kevyemmin perusteiden*. [verkkojulkaisu]. [viitattu 3.3.2016]. Saatavissa: www.finnanest.fi/files/kantola_kantola_met.pdf

Kiikkala, I. 2000. *Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Hygieia. Helsinki: Tammi.

Kuisma, M., Holström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, K., 2013. *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kujala, E. 2003. *Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli: tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen* [verkkojulkaisu]. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. [viitattu 19.4.2016]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67266/951-44-5605-X.pdf?sequence=1>

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2016. *ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä*. Sairaanhoitaja 3/2012.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 17.08.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 7.11.2016]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 28.06.1994/559. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 6.11.2016]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lauharanta, J., Heinänen, T., Malmström, R. & Valli, J. 2010. *Yhteiset päivystyshoidon perusteet*. Työryhmän muistio [verkkojulkaisu]. [viitattu 2.4.2016]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/112548>

Leonard, M., Grahm, S. & Bonacum, D. 2004. *The human factor. The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care* [verkkojulkaisu]. Quality & Safety in Health Care. no. 13. [viitattu 2.4.2016]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/pdf/v013p00i85.pdf>

Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. 2003. *Kuopion yhteispäivystystutkimus. yleislääkäripäivystyksen toimivuus ja odotusajat kiireellisyysluokittain*. Suomen lääkirilehti 3.

Nikander, P. 2003. *Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma*. [verkkojulkaisu]. Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti 2003. [viitattu 15.12.2016]. Saatavissa: <http://people.uta.fi/~pirjo.nikander/Nikander.pdf>

Peruspalvelukuntayhtymä Selänne 2016. [viitattu 20.3.2016]. Saatavissa: <http://www.selanne.net/>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016a. [viitattu 17.4.2016]. Saatavissa: www.ppshp.fi/etusivu

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016b. *Potilaan oikeudet, Haipro*. [viitattu 17.4.2016]. Saatavissa: https://www.ppshp.fi/potilaan_oikeudet

Potilaslakimiehet 2016. *Potilasvahingot*. [viitattu 18.4.2016]. Saatavissa: <http://www.potilaslakimiehet.fi/potilasvahinko>

Reissel, E., Kokko S., Milen, A., Peukurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S. & Erhola, M. 2011. *Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa* [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 2.4.2016]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/95751/Rportti%202012%2030.pdf>

Sairaanhoitajaliitto Ry 2016. Isbar [viitattu 03.12.2016]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>

Silfvast, T., Castrén M., Kurola J., Lund V. & Martikainen, M., 2009 *Ensihoito-opas*. Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. *Ensihoidon palvelutaso. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille* [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 23.3.2016]. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71962/Jul201111.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. *Laatu- ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin* [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 23.3.2016]. Saatavissa: http://www.sehl.fi/fi/les/1109/STM_2014_7_Laatu_ja_potilasturvallisuus_ensihoidossa_ja_paivystyksessa_suunnittelusta_toteutukseen_ja_arviointiin.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Asetus potilasasiakirjoista. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 29.5.2017]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Terveysturvallisuuslaki L 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 30.3.2016]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326/>

Terveysturvallisuus- ja hyvinvoinninlaitos. 2016a. *Laatu- ja potilasturvallisuus suositukset* [verkkodokumentti]. Terveysturvallisuus- ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 5.11.2016]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta/laatusuosituks>

Terveysturvallisuus- ja hyvinvoinninlaitos. 2016b. *Laatu- ja potilasturvallisuus, vaaratapahtumien tunnistaminen* [verkkodokumentti]. Terveysturvallisuus- ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 22.4.2016]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen>

Vilkka, H. 2005. *Tutki ja mittaa Määrällisen tutkimuksen perusteet* [verkkopublication]. [Viitattu 15.12.2016]. Saatavissa: <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vilkka, H. 2007. *Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

Vilkka, H. 2009. *Tutki ja kehitä*. Tammi: Helsinki.

Wallenius, J. 2016. *Haipro* [verkkopublication]. Awanic Oy 2016 [viitattu 22.4.2016]. Saatavissa: <http://awanic.com/haipro/>

WHO 2016. *Action on Patient Safety – High 5s* [verkkodokumentti]. World health organization [viitattu 2.4.2016]. Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf?ua=1

LIITTEET

LIITE 1

Tutkimuslupa Peruspalvelukuntayhtymä Selänne



Anomus
Ohje
8.3.2017

3 (3)

Päätös

☒ Tutkimuslupa myönnetään

Yhteyshenkilö

TARJA VAITINIEMI

☐ Tutkimuslupaa ei myönnetä

Perustelut

Tutkimuksen valmistuttua tekijät toimittavat tutkimuksen yhteyshenkilölle

☐ tiivistelmän (suomeksi / englanniksi)☒ tutkimusraportin tai/ja☒ esittelevät tutkimuksensa suullisesti

HAAPIJÄRVI 22.3.2017

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus (Nimi ja virka-asema)

TARJA VAITINIEMI, HOITOT. JOHTAJA
K.S. PALVELUJOHTAJA

LIITE 2

Tutkimuslupa Jokilaaksojen pelastuslaitos



Anomus
Ohje

3 (3)

8.3.2017

Päätös

☒ Tutkimuslupa myönnetään

Yhteyshenkilö

Marto Leminen

☐ Tutkimuslupaa ei myönnetä

Perustelut

Tutkimuksen valmistuttua tekijät toimittavat tutkimuksen yhteyshenkilölle

☐ tiivistelmän (suomeksi / englanniksi)

☒ tutkimusraportin tai/ja

☐ esittelevät tutkimuksensa suullisesti

Yhteisha 30.3.2017

Paikka ja päivämäärä

[Signature]

Allekirjoitus (Nimi ja virka-asema)

Marjo Mäkelä /ohj



LIITE 3

Wepropol-kysymykset

Selvitämme Wepropol -kyselyn avulla tiedonkulkua ja potilasturvallisuutta työyksikössänne. Opinnäytetyömme kyselyn tarkoituksena on saada tietoa tiedonkulusta koskien niitä potilaita, jotka siirtyvät sairauden akuutin vaiheen vuoksi yksiköstä toiseen esimerkiksi jatkotutkimuksiin tai jatkohoitoon.

Käsitlemme kaikki vastausten tiedot luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonymisti, eikä kyselyyn vastanneita voi tunnistaa. Vastaaminen on vapaaehtoista.

Vastaa mielestäsi eniten kuvaavin vastausvaihtoehto. Voit valita vain yhden vaihtoehdon. Lisäksi kysymme työyksikköä, koulutustaustaasi sekä työvuosiäsi. Näillä kysymyksillä työnantajasi voi tarkastella vastausvaihtoehtoja esimerkiksi työyksikkökohtaisesti. Lopuksi toivomme, että kertoisit omin sanoin ehdotuksia, millä keinoin mielestäsi voisi luoda laadukkaampaa, potilasturvallisempaa ja asiakaslähtöisempää raportointia.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin kymmenen minuuttia, kiitos ajastasi!

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | En osaa sanoa | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä |
|--|---------------------|-----------------------|---------------|---------------------|-------------------|
| TIEDONKULKU | | | | | |
| 1. Potilaan mukana kulkee kirjalliset perustiedot kuten henkilötiedot, sairaudet, lääkitys, lähete | | | | | |
| 2. Potilaan diagnoosit käyvät ilmi raportista | | | | | |
| 3. Raportti sisältää ajantasaisen tiedon potilaan peruselintoinnista kuten verenpaine, pulssi, happisaturaatio, tajunta, ruumiinlämpö, verensokeri | | | | | |
| 4. Raportissa käy ilmi potilaan nykytila | | | | | |
| 5. Raportti sisältää tiedon potilaan saamista hoidoista kuten lääkitykset, toimenpiteet, tutkimukset | | | | | |
| 6. Raportti sisältää lääkärin jatkohoito-ohjeet | | | | | |
| 7. Voin hyödyntää saamaani potilasraporttia potilaan jatkohoitoa suunnitellessa tai raportoidessa | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 8. Joudun kysymään raportoinnilla lisä-kysymyksiä potilaasta | | | | | |
| 9. Raportointi tapahtuu rauhallisissa oloissa | | | | | |
| 10. Tiedän keneltä tulee pyytää hoito-ohjeet tarvittaessa potilaan hoitoon liittyvissä asioissa | | | | | |
| 11. Raportointi on mielestäni laadukasta | | | | | |
| 12. Raportoin mielestäni laadukkaasti käyttäen esimerkiksi ISBAR -menetelmää | | | | | |
| 13. Tieto siirtyy sujuvasti eri ammattiryhmien välillä | | | | | |
| 14. Tieto siirtyy sujuvasti eri työyhteisöjen ja yhteistyöorganisaatioiden välillä | | | | | |
| 15. Mielestäni raportoinnissa olisi kehitettävää | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| POTILASTURVALLISUUS | | | | | |
| 16. Tunnen lainsäädännön joka ohjaa sosiaali- ja terveysalan potilasturvallisuutta | | | | | |
| 17. Potilasturvallisuus on koko työyhteisön yhteinen tehtävä | | | | | |
| 18. Minulla on mahdollisuus vaikuttaa potilasturvallisuuteen omalla toiminnallani | | | | | |
| 19. Saan työnantajan tarjoamaa täydennyskoulutusta liittyen potilasturvallisuuteen ja tiedonkulkuun työssäni | | | | | |
| HAIPRO- JÄRJESTELMÄ | | | | | |
| 20. HaiPro -järjestelmä on käytössä työyksikössäni | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 21. Raportoin aina tapahtuneista virheistä tai vaaratilanteista HaiPro -järjestelmään | | | | | |
| 22. Raportoin aina omasta toiminnastani tapahtuneen virheen tai vaaratilanteen HaiPro -järjestelmään | | | | | |
| 23. HaiPro ilmoituksen perusteella on mahdollisuus oppia tapahtuneesta virheestä tai vaaratilanteesta | | | | | |

24. Työyksikkö jossa työskentelet

- a) Vuodeosasto
- b) Poliklinikka
- c) Ensihoitopalvelu

25. Koulutustausta

- d) Lähi- tai perushoitaja
- e) Sairaanhoidaja, erikoissairaanhoidaja tai sairaanhoidaja AMK
- f) Ensihoitaja AMK
- g) Lääkintävahtimestari, palomies- sairaankuljettaja, pelastaja
- h) Jokin muu, mikä

26. Työkokemus vuosina

- i) < 1 vuotta
- j) 1-4 vuotta
- k) 4-10 vuotta
- l) 10-15 vuotta
- m) > 15 vuotta

27. Millä keinoin mielestäsi voisi parantaa raportointia laadukkaammaksi, potilasturvallisemmaksi sekä asiakaslähtöisemmäksi?

LIITE 4

Saatekirje vastaajille

Opiskelemme Savonia ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyömme aiheesta asiakasläh-
töinen tiedonkulku akuuttihoitotyössä.

Selvitämme Wepropol -kyselyn avulla tiedonkulkua ja potilasturvallisuutta työyksikössänne. Opinnäytetyömme
kyselyn tarkoituksena on saada tietoa tiedonkulusta koskien niitä potilaita, jotka siirtyvät sairauden akuutin vai-
heen vuoksi yksiköstä toiseen esimerkiksi jatkotutkimuksiin tai jatkohoitoon. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin
kymmenen minuuttia.

Käsitlemme kaikki vastausten tiedot luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonymisti, eikä kyse-
lyyn vastanneita voi tunnistaa. Vastaaminen on vapaaehtoista.

Toivomme myönteistä suhtautumista opinnäytetyöhömmme liittyvään kyselyyn.
Kiitos, kun autat meitä kertomalla arvokasta tietoa!

Linkki kyselyyn:

<https://www.webropolsurveys.com/S/1C6A29D42C0DA853.par>

Yhteistyöterveisin

Jonna Maapuro

jonna.l.maapuro@edu.savonia.fi

Sami Vitri

sami.t.vitri@edu.savonia.fi

Opinnäytetyön ohjaava opettaja

Lehtori Heli Jyrkinen

heli.jyrkinen@savonia.fi